



Einzugsermächtigung

(bitte ankreuzen und ausfüllen)

Ich ermächtige das Deutsche Institut zur Weiterbildung für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin e.V. (DIW-MTA), Berlin, widerruflich den Mitgliedsbeitrag gemäß § 3 der Satzung des DIW-MTA e.V. in Höhe von zurzeit 35,00 Euro jährlich (Fälligkeit im ersten Quartal) zu Lasten meines Kontos abzubuchen.

Name, Vorname _____

Private Anschrift: _____

PLZ/ Wohnort: _____

BLZ: _____ Kontonummer: _____ Kreditinstitut: _____

Anschrift der Bank: _____

Ort, Datum, rechtsverbindliche Unterschrift

Bitte senden Sie die Einzugsermächtigung schriftlich an die Geschäftsstelle des DIW-MTA:

DIW-MTA - Deutsches Institut zur Weiterbildung für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin e.V.
Welserstr. 5-7
10777 Berlin
Tel: 030 - 813 7425, Fax: 030 - 813 24 27, E-Mail: info@diw-mta.de, Web: www.diw-mta.de