

Arbeiter-Samariter-Bund
Regionalverband
Vorpommern-Greifswald
Eckstraße 7
17389 Anklam

Widerruf Einzugsermächtigung

Name, Vorname	
Strasse und Hausnummer	
PLZ und Ort	
e-Mail - Adresse	
Name des Kindes	
Einrichtung	

Widerruf Einzugsermächtigung für Vertrag- Debitorennummer:
(bitte unbedingt angeben)

Sehr geehrte Damen und Herren,

am habe ich Ihnen die obige Einzugsermächtigung erteilt.

Diese Einzugsermächtigung widerrufe ich mit sofortiger Wirkung.

Ort, Datum

Unterschrift

Wird vom ASB ausgefüllt !

Freigegeben von:	Erstellt am / von:	Version:	Seite:	rausgenommen KEV am – von:
Schweder	28.07.15 / Gaede	02/15	1 von 1	