

**Verein der Freunde und Förderer  
der Universitäts-Augenklinik Würzburg e.V.**  
Sitz: Würzburg



Verein der Freunde und Förderer  
der Universitäts-Augenklinik Würzburg e.V.  
c/o Augenklinik und Poliklinik  
Josef-Schneider-Str. 11 – Haus B2  
97080 Würzburg

Telefon: 0931 201-20601  
Telefax: 0931 201-20245

**Einzugsermächtigung für den Jahresmitgliedsbeitrag**

Hiermit ermächtige ich den Verein der Freunde und Förderer der Universitäts-Augenklinik Würzburg e.V. zum Einzug meines Jahresmitgliedsbeitrags.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.u.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name des  
Konto-Inhabers: .....

Name der  
Bank: .....

IBAN: .....

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift des Kontoinhabers