

Bankeinzugsermächtigung

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

**Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass der
CDU – Ortsverband Steglitz- Zentrum den von mir zu zahlenden**

**Monatsbeitrag von _____ Euro
monatlich / viertel-/halb-/ jährlich (Bitte Nichtzutreffendes streichen)
von meinem Konto**

NR. _____

BLZ _____

bei (Bank)

mittels Bankeinzug abbuchen zu lassen.

Name: _____

Vorname: _____

Ort: _____ den _____

Unterschrift: _____