

An die  
**Arbeitsgemeinschaft für  
Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS)**  
**Prof. Dr. med. Chris Mühlhausen**  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Universitätsmedizin Göttingen  
Robert-Koch-Str. 40  
D-37075 Göttingen

## **Einzugsermächtigung**

**Hiermit ermächtige ich die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS) widerruflich die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen.**

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Nummer: \_\_\_\_\_ SWIFT (BIC) Code \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_