

Absender

Dr. med. K. Hohdorf
Praxis für Nuklearmedizin am Klinikum St. Georg
Delitzscher Str. 141/Haus 25
04129 Leipzig

Widerruf Einzugsermächtigung

hiermit widerrufe ich ab sofort die Ihnen erteilte Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages der Gesellschaft für Nuklearmedizin Sachsen e.V.

Mit freundlichen Grüßen

Datum und Unterschrift