



Freie Apothekerschaft e.V.
Dr. Helma Gröschel
Obere Hauptstr. 1
D-76863 Herxheim
Tel. 07276-8578
rrb@freie-apothekerschaft.de

Freie Apothekerschaft e.V.
Schatzmeister Reinhard Rokitta
c/o Punkt-Apotheke
Eschstr. 42 / City-Passage
D-32257 Bünde
Fax 05223-179080

Mitglieds-Nr. _____ wird intern vergeben

Antrag auf Mitgliedschaft

Vorname	Name
Straße	PLZ/Ort
Apotheke	Tel./Fax
Geb.Datum	Homepage

- als ordentliches Mitglied
- als ausserordentliches Mitglied (nur für nichtselbständige Apotheker/-innen und andere)
- Ich versichere, dass ich Leiter/-in der o.a. Apotheke bin
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

.....
Ort, Datum Unterschrift

<u>Jahresbeitrag 200 Euro (in Worten: zweihundert)</u>
Freiwilliger jährlicher Mehrbeitrag _____ Euro (in Worten: _____)

- Ich ermächtige den Verein Freie Apothekerschaft e.V. widerruflich (Zutreffendes bitte ankreuzen)
- die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos
 - den o.a. freiwilligen jährlichen Mehrbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

IBAN.....BIC.....

Kontoinhaber.....

durch SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

.....
Ort, Datum Unterschrift

O Ich bitte für Kommunikation/Newsletter nachstehende Email-Adresse zu nutzen:

_____ @ _____

Apothekenstempel

--