



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

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

_____@_____

Apothekenstempel

--