

Beitrittserklärung

Ich bin approbierte(r) Apotheker(in) und möchte im BVDA
(Bundesverband Deutscher Apotheker e.V.):

*) Mitglied werden

(Jahresbeitrag EUR 600,--)

*) Außerordentliches Mitglied werden

(Jahresbeitrag EUR 60,--)

*)zutreffendes bitte ankreuzen

Mitgliedsdaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)	
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	Eintrittsdatum:
Ich bin: Inhaber(in) / Pächter(in) / Angestellte(r) (nichtzutreffendes streichen)	

Privatanschrift	
Str.	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
eMail:	

Apothekenanschrift HAUPTAPOTHEKE	
Apothekenname:	Institutionskennzeichen:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
eMail:	Internetadresse:

Apothekenanschrift 1. Filialapotheke	
Apothekenname:	Institutionskennzeichen:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
eMail:	Internetadresse:

Apothekenanschrift 2. Filialapotheke	
Apothekenname:	Institutionskennzeichen:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
eMail:	Internetadresse:

Apothekenanschrift 3. Filialapotheke	
Apothekenname:	Institutionskennzeichen:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:
eMail:	Internetadresse:

Bankverbindung	
Konto :	BLZ :
Bank:	

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresmitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der Bank keine Verpflichtung zur Einlösung. Für Rücklastschriften wird eine Bearbeitungsgebühr von 10€ erhoben.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Apothekenstempel