

Über den Tellerrand hinausblicken ...

**Werden Sie Mitglied im
Verein zur Förderung der Pharmaziestudierenden und
des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V.**

Nähere Informationen erhalten Sie umgehend von
Herr Patrick Busch, NOWEDA eG, Essen

Telefon/Fax 0201 1259367

Bitte senden Sie den Antrag per Fax an:

Verein zur Förderung der Pharmaziestudierenden und
des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden
in Deutschland e.V.
c/o NOWEDA
Heinrich-Strunk-Straße 77
45143 Essen

A n t r a g a u f M i t g l i e d s c h a f t

Antragsteller

Name/Vorname/Firmenname

Name der Apotheke

PLZ/Ort/Straße

Geburtsdatum

Beruf

Beitrittserklärung

- Als natürliche Person Als Vertreter einer juristischen
Person/Personenvereinigung/
Firma/Einrichtung

möchte/n ich/wir Mitglied des Vereins zur Förderung der
Pharmaziestudierenden und des Bundesverbandes der Pharma-
ziestudierenden in Deutschland e.V. werden und stelle/n hiermit
den Antrag auf Aufnahme.

Die Satzung als Grundlage der Mitgliedschaft in ihrer gegenwärtigen
Fassung erkenne/n ich/wir hiermit an. Ich/wir bin/sind damit
einverstanden, dass mein Name/der Name unseres
Unternehmens/Verbandes/Institution in einer Mitgliederliste
aufgenommen wird, die ggf. im Rahmen der Mitgliederwerbung
veröffentlicht wird.

Ort/Datum/Unterschrift

Jahresbeitrag

Neben dem Jahresbeitrag in Höhe von 24,- Euro für Einzel-
personen bzw. 120,- Euro für Unternehmen/Verbände/Institutionen
spende/n ich/wir jeweils jährlich einen Beitrag in Höhe von:

_____ Euro.

Zahlungsweise

Ich möchte meinen Jahresbeitrag inkl. Spende durch
Überweisung auf das Konto des Fördervereins
(Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Konto 6200087,
BLZ 360 606 10) bezahlen.

Einzugsermächtigung von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den Verein zur Förderung der Pharmazie-
studierenden und des Bundesverbandes der Pharmazie-
studierenden in Deutschland e.V. widerruflich, die von mir/uns zu
entrichtenden Beitragszahlungen inkl. Spendenanteil zu Lasten
meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.
Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist,
besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung
zur Einlösung.

Konto des Antragstellers

Name des Kreditinstituts

Bankleitzahl

Ort/Datum/Unterschrift