Freie Apothekerschaft e.V.
Geschäftsstelle: c/o Punkt-Apotheke
Eschstr. 42, 32257 Bünde

info@freieapothekerschaft.de
www.freieapothekerschaft.de

Antrag auf Mitgliedschaft

◯ als ordentliches Mitglied (aktive ApothekeninhaberInnen)
◯ als außerordentliches Mitglied (alle anderen)

Vorname	Nachname
Apotheke	Straße + Nr
PLZ	Ort
Geburtsdatum	Telefon
Homepage	E-Mail
Kammerbezirk	Anzahl Filialen

☐ Mitgliedschaft Basis 16,67 € pro Monat (200 € / Jahr)	☐ Mitgliedschaft Silber 30 € pro Monat (360 € / Jahr)	☐ Mitgliedschaft Gold 50 € pro Monat (600 € / Jahr)

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

IBAN:

D	E																		

Kontoinhaber: _____ Anschrift Kontoinhaber: siehe oben

Ich ermächtige die Freie Apothekerschaft e.V. (Gläubiger Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000311794, Mandatsreferenz: wird mitgeteilt), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ausgefüllter Antrag bitte per E-Mail an: info@freieapothekerschaft.de. Vielen Dank.

Registernummer: Amtsgericht Landau/Pfalz Vereinsregister 30270
Umsatzsteuernummer: DE183977767