

Antrag auf Mitgliedschaft

Wir laden Sie ein, durch Ihre Mitgliedschaft im Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e. V. das Deutsche Apotheken-Museum in seinen Aufgaben zu unterstützen. Der Förderverein verfolgt ausschließlich gemeinnützige Zwecke. Die Vorteile einer Mitgliedschaft im Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e. V. für Sie sind:

Freier Eintritt: Kostenloser Zugang zum Schloss Heidelberg und dem Deutschen Apotheken-Museum

Informationen rund um das Museum: Zusendung der einmal jährlich in der Pharmazeutischen Zeitung erscheinenden 16-seitigen Broschüre „Deutsches Apothekenmuseum“ mit aktuellen Berichten aus dem Museum

Exkursionen: Alle zwei Jahre findet die Mitgliederversammlung des Fördervereins an wechselnden Orten in Deutschland statt. Entdecken Sie mit dem attraktiven Rahmenprogramm die pharmaziehistorischen Schätze des Landes.

Ja, ich werde durch meine Mitgliedschaft Erhalt und Pflege des Deutschen Apotheken-Museums unterstützen.

Name, Firma, Institution: _____

Straße: _____ PLZ, Stadt _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Als Mitgliedsbeitrag übernehme ich jährlich: _____ € (Mindestbeitrag 30,00 €). Der Jahresbeitrag

soll im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren eingezogen werden

Kontoinhaber: _____ Bank: _____

IBAN: DE _____ BIC: _____

Ich/Wir ermächtige/n den Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e. V., wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 58FVM00000592662

Die Mitteilung Ihrer Mandatsreferenznummer erfolgt im Rahmen der Bearbeitung dieses Antrages und wird Ihnen mit separatem Schreiben mitgeteilt.

wird nach Rechnungsstellung innerhalb von 14 Tagen auf das Konto des Fördervereins Deutsches Apotheken-Museum e. V., IBAN: DE07 3006 0601 0102 5441 64, BIC: DAAEDEDXXX, bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G., überwiesen.

Die Unterschrift gilt für den Antrag auf Mitgliedschaft und ggf. für den Antrag auf Teilnahme zum Einzug des Jahresbeitrages im Wege des SEPA-Basis-Lastschriftverfahrens.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift