

Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e. V.  
c/o Apothekerhaus  
Carl-Mannich-Straße 26  
65760 Eschborn

**info@fv-apotheken-museum.de**

### Antrag auf Mitgliedschaft

Ja, ich werde durch meine Mitgliedschaft im Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e. V. den Erhalt und Pflege des Deutschen Apotheken-Museums unterstützen.

Name, Vorname \* : \_\_\_\_\_

Firma, Institution: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer\* : \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt\* : \_\_\_\_\_

E-Mail\* : \_\_\_\_\_

Als Mitgliedsbeitrag übernehme ich jährlich\* : \_\_\_\_\_ €

(Mindestbeitrag für natürliche Personen 45,00 €, für juristische Personen 350,00 €, für Auszubildende und Studierende 15,00 € pro Jahr).

Der Jahresbeitrag

soll im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren eingezogen werden

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ 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 58FVM0000592662**

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.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten nur zum Zwecke Ihrer Mitgliedschaft bei uns. Für weitere Informationen zum Datenschutz besuchen Sie uns auf [www.deutsches-apotheken-museum.de/partner/foerderverein](http://www.deutsches-apotheken-museum.de/partner/foerderverein) oder kontaktieren Sie uns.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\*

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift\*