

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 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.

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 oder kontaktieren Sie uns.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift