

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein

**Apotheker ohne Grenzen Deutschland e. V., Carl-Mannich-Straße 26, 65760 Eschborn**  
als Ordentliches Mitglied

ab \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Titel/akad. Grad

\_\_\_\_\_  
Beruf Geburtstag

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort Straße / Postfach

\_\_\_\_\_  
Tel. Fax E-Mail

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

Vereinssatzung § 5

(1) Ordentliches Mitglied des Vereins können natürliche Personen werden, die sich bereit erklären, die Vereinszwecke und ziele aktiv und materiell zu unterstützen.

(2) Fördermitglied des Vereins kann jede natürliche und juristische Person werden, die die Verwirklichung der Vereinsziele mit Rat und Tat unterstützen möchte, ohne eine ordentliche Mitgliedschaft anzustreben.

Die Mitgliedsbeiträge betragen 66,00 Euro jährlich. Für Studenten und Auszubildende gilt ein ermäßigter Betrag von 24,00 Euro. Bei Eintritt während des Kalenderjahres wird der Beitrag anteilmäßig pro Monat berechnet.

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers      Name und Anschrift des Kontoinhabers

Apotheker ohne Grenzen Deutschland e. V.  
Carl-Mannich-Straße 26  
65760 Eschborn

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge für den Verein Apotheker ohne Grenzen Deutschland bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ bei

\_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung des Kontoführenden Instituts)

**per Lastschrift einzuziehen.**

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)