

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei

Apotheker ohne Grenzen Deutschland e. V., Hohenlindener Straße 1, 81677 München

als

Ordentliches Mitglied

Fördermitglied

ab _____

Name

Vorname

Titel / akad. Grad

Beruf

Geburtstag

PLZ

Ort

Straße / Postfach

Telefon

Fax

E-Mail

Als Mitgliedsbeitrag zahle ich

den Mindestbeitrag in Höhe von z. Zt. 84,- Euro jährlich,

einen höheren Beitrag von jährlich _____

Euro,

den Beitrag für Studenten und sonstige Personen in der Ausbildung in Höhe von z. Zt. 24,- Euro jährlich. Entsprechende Nachweise lege ich regelmäßig vor.

Zum Einzug des Mitgliedsbeitrags

überlasse ich eine Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften (siehe Rückseite bzw. auf getrenntem Blatt).

Den Mitgliedsbeitrag zahle ich

unaufgefordert jährlich bis spätestens zum 31. März auf das Konto 0005077591 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Frankfurt, BLZ 300 606 01 ein.

Über den gezahlten Mitgliedsbeitrag erhalte ich zum Jahresende eine Zuwendungsbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt.

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.

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

(Bitte hier erneut Name und Anschrift eintragen!)

Apotheker ohne Grenzen Deutschland e. V.
Hohenlindener Straße 1
81677 München

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

Nr. Bankleitzahl bei

.....
(Genau Bezeichnung des kontoführenden Instituts)

durch 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)