

JEDER KANN MITGLIED WERDEN!

APOTHEKER OHNE GRENZEN
DEUTSCHLAND e.V.



Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V.
Gärtnerstraße 60
80992 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE90ZZZ00000385573**
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen

Ich ermächtige Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname

ggf. Apotheke/Institution/Unternehmen

Ansprechpartner (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut und BIC

IBAN

Datum, Ort, Unterschrift

Bitte das Sepa-Lastschriftmandat nicht faxen, sondern per Post senden.



Argentinien | pharmazeutische Betreuung in den Slums von Buenos Aires

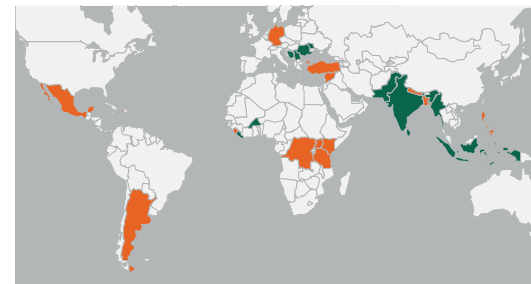


HELFFEN VERBINDET

WERDEN SIE

JETZT MITGLIED!

Bitte hier abtrennen und an uns zurücksenden.



aktuelle Projekte abgeschlossene Projekte

APOTHEKER OHNE GRENZEN engagiert sich weltweit in den Ländern

Argentinien, Bangladesch, Bosnien-Herzegowina, Burkina Faso, Deutschland, Dominica, DR Kongo, Haiti, Indien, Indonesien, Kenia, Liberia, Mexiko, Republik Moldau, Myanmar, Nepal, Pakistan, Philippinen, Rumänien, Serbien, Sierra Leone, Sri Lanka, Tansania, Türkei/Syrien, Uganda.

Informationen zu aktuellen Projekten:
www.apotheker-ohne-grenzen.de

DANKE FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

APOTHEKER OHNE GRENZEN
DEUTSCHLAND e.V.



Gärtnerstraße 60 | 80992 München
Tel 089 41 55 97 38
Fax 089 41 55 97 39
info@apotheker-ohne-grenzen.de
www.apotheker-ohne-grenzen.de

Spendenkonto

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE 88 3006 0601 0005 0775 91
BIC DAAEDEDXXX



APOTHEKER OHNE GRENZEN
DEUTSCHLAND e.V.





Sierra Leone | Einsatz in der Krankenhausapotheke



Nepal | Patientenversorgung nach Erdbeben



Mexiko | Schulung lokaler Bevölkerung

➔ 36 €

finanzieren die Asthmatherapie eines Patienten in einem Slum von Buenos Aires | Argentinien

➔ 96 €

finanzieren die pharmazeutische Schulung eines Mitarbeiters in einem Krankenhaus im Kibaale Distrikt | Uganda

➔ 1.500 €

finanzieren einen Monat die Arznei- und Hilfsmittel für das Gesundheitszentrum in Hanga | Tansania

APOTHEKER OHNE GRENZEN
DEUTSCHLAND e.V.



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei
Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V. | Gärtnerstraße 60 | 80992 München

als Ordentliches Mitglied ^(1,4)

als Fördermitglied ^(2,5)

.....
Apotheke/Institution/Unternehmen

.....
Name/Ansprechpartner

.....
Vorname

.....
Titel/akad. Grad

.....
Beruf

.....
Geburtstag

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Straße/Postfach

.....
Telefon

.....
E-Mail

.....
Fax

Als Mitgliedsbeitrag zahle ich

den Beitrag für Studierende und sonstige Personen in der Ausbildung in Höhe von z. Zt. 36,- Euro jährlich. Entsprechende Nachweise lege ich regelmäßig vor.

den Mindestbeitrag in Höhe von z. Zt. 96,- Euro jährlich

einen höheren Beitrag von jährlich Euro

Zum Einzug des Mitgliedsbeitrags

erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat (siehe Rückseite bzw. auf getrenntem Blatt).

Den Mitgliedsbeitrag zahle ich

unaufgefordert jährlich bis spätestens zum 31. März auf das Konto von
Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V. bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank Frankfurt
IBAN DE88 3006 0601 0005 0775 91 | BIC DAAEED33XXX

Über den gezahlten Mitgliedsbeitrag erhalte ich zum Jahresende eine Zuwendungsbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt. Ihre Daten werden von uns zweckgebunden gespeichert und weiterverarbeitet.
Datenschutz: www.apotheker-ohne-grenzen.de/rechtliches

.....
Ort, Datum ⁽³⁾

.....
Unterschrift

Vereinsatzung § 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.

(3) Bei Eintritt bis zum 30.06. ist für das erste Jahr der gesamte Jahresbeitrag, bei Eintritt ab dem 01.07. ist für das erste Jahr der halbe Jahresbeitrag zu zahlen.

(4) Kündigung für Ordentliche Mitglieder: Schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende.

(5) Kündigung für Fördermitglieder: Schriftlich jederzeit ohne Frist.

Wir sind

ein unabhängiger, gemeinnütziger Verein mit über 1.800 Mitgliedern. Vor allem ApothekerInnen, PTA, StudentInnen und weitere Berufsgruppen aus dem pharmazeutisch-medizinischen Bereich helfen, fördern und engagieren sich für unsere Projekte in Deutschland und auf der ganzen Welt.

Unsere Mission

Wir leisten pharmazeutische Hilfe für kranke Menschen in Not. Neben kurzfristiger Hilfe im Katastrophenfall unterstützen wir auch langfristige Projekte. In der Entwicklungszusammenarbeit ermöglichen wir so die nachhaltige Verbesserung der Gesundheitsversorgung vor Ort.

Wir leisten

- ➔ Schulung von lokalem Gesundheitspersonal und Bevölkerung
- ➔ Aufbau und Betreuung von mobilen oder festen Apotheken
- ➔ Arzneimittellogistik und -bevorratung
- ➔ Anwendungsberatung
- ➔ Aufklärung über eine sinnvolle Arzneimittelpraxis

Ihre Mitgliedschaft bei APOTHEKER OHNE GRENZEN Machen Sie mit!

Wir ermöglichen Ihnen

- ➔ Sich von AoG für einen humanitären Einsatz schulen zu lassen
- ➔ Mitarbeit in der Nothilfe und in unseren Projekten weltweit
- ➔ Aufnahme in die AoG-Gemeinschaft und Vernetzung in den Regionalgruppen
- ➔ Regelmäßige Informationen zu unseren Projekten
- ➔ Mitwirken bei Aktivitäten in Deutschland (z.B. Charity-Events & Veranstaltungen der Regionalgruppen) und bei den nationalen AoG-Projekten
- ➔ Die eigenen Kompetenzen einzubringen und dadurch den Verein bei seiner Vision zu unterstützen – Menschen weltweit ein Leben in Gesundheit zu ermöglichen

HELFEN VERBINDET
UND RETTET LEBEN



Bitte hier abtrennen und an uns zurücksenden.