

Antrag auf Mitgliedschaft

**APOTHEKER
OHNE GRENZEN**



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei

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

als

Ordentliches Mitglied ^(1,4) ab _____

Fördermitglied ^(2,5)

Name/Ansprechpartner Vorname Titel / akad. Grad

Beruf Geburtstag (XX | XX | XXXX)

PLZ Ort Straße / Postfach

Telefon E-Mail Fax

Als Mitgliedsbeitrag zahle ich

- den Mindestbeitrag in Höhe von z. Zt. 96,- Euro jährlich
- einen höheren Beitrag von jährlich _____ Euro
- den Beitrag für Studierende und sonstige Personen in der Ausbildung in Höhe von z. Zt. 36,- Euro jährlich. Entsprechende Nachweise lege ich regelmäßig vor

Zum Einzug des Mitgliedsbeitrags

erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat (siehe unten)

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 Ärztebank Frankfurt,
BIC DAAEDED | IBAN DE88 3006 0601 0005 0775 91

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

Ort, Datum ⁽³⁾

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.

(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.

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

**APOTHEKER
OHNE GRENZEN**



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 | Ansprechpartner

ggf. Apotheke | Institution | Unternehmen

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Datum, Ort, Unterschrift

Bitte nicht faxen sondern per Post senden!