



Freie Apothekerschaft e.V.

Geschäftsstelle: c/o Punkt-Apotheke
Eschstr. 42, 32257 Bünde

vorstand@freie-apothekerschaft.de
www.wir-sind-die-apotheke.de

Antrag auf Mitgliedschaft

- als ordentliches Mitglied (aktive ApothekeninhaberInnen)
 als außerordentliches Mitglied (alle anderen)

Vorname	Nachname
Apotheke	Straße + Nr
PLZ	Ort
Geburtsdatum	Telefon
Homepage	E-Mail
Kammerbezirk	Anzahl Filialen

<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Basis 16,67 € pro Monat (200 € / Jahr)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Silber 30 € pro Monat (360 € / Jahr)	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Gold 50 € pro Monat (600 € / Jahr)
--	--	--

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats																									
IBAN:																									
<table border="1"><tr><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td></tr></table>	D	E			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
D	E																								
Kontoinhaber: _____ Anschrift Kontoinhaber: siehe oben																									
<p>Ich ermächtige die Freie Apothekerschaft e.V. (Gläubiger Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000311794, Mandatsreferenz: wird mitgeteilt), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>																									
Ort, Datum _____ Unterschrift _____																									

Ausgefüllter Antrag per E-Mail an: mitglied@freie-apothekerschaft.de. Vielen Dank.