

APOTHEKER HELFEN e. V.

Maria-Theresia-Straße 28

D-81675 München

Telefon: 089 / 45 207 307 – Telefax: 089 / 45 207 308

E-Mail: info@apotheker-helfen.de

Internet: www.apotheker-helfen.de



Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei APOTHEKER HELFEN e.V. als

- Ordentliches Mitglied (für Apotheker*innen, Pharmaziestudent*innen, Pharmaziepraktikant*innen) ab _____.
- Fördermitglied (für alle natürlichen Personen) ab _____.

Daten zur Person

Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____

Straße _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

- Ich möchte den Newsletter über aktuelle Projekte und Einsätze von APOTHEKER HELFEN e. V. erhalten.

Mitgliedsbeitrag

- Ich möchte APOTHEKER HELFEN e.V. mit dem jährlichen Mindestbeitrag von 60,- Euro unterstützen.
- Ich möchte APOTHEKER HELFEN e.V. mit einem höheren Beitrag von _____ Euro im Jahr unterstützen.

Einzug des Mitgliedsbeitrages

- Ich überweise den angegebenen Betrag jeweils unaufgefordert zum 30. März des Jahres unter Angabe meines Namens und dem Stichwort „Mitgliedsbeitrag“ auf folgende Bankverbindung BIC (Swift): DAAEDED, IBAN: DE02 3006 0601 0004 7937 65.
- Ich erteile APOTHEKER HELFEN e.V. widerruflich eine Einzugsermächtigung, um den oben genannten Beitrag zum 30. März des Jahres von meinem Konto einzuziehen.

(Bitte füllen Sie hierfür die Einzugsermächtigung auf der Rückseite dieses Mitgliedsantrags aus.)

Über den gezahlten Mitgliedsbeitrag erhalten Sie eine Zuwendungsbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt. Bei einem Eintritt während des Kalenderjahres wird der Jahresbeitrag innerhalb eines Monats nach Antragstellung fällig.

Die Verarbeitung meiner für die Regelung der Vereinszugehörigkeit zur Mitgliederverwaltung erforderlichen persönlichen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, E-Mailadresse) ist aufgrund Art. 6 (1) Satz 1 b DS-GVO erlaubt. Ich bin mit der Verarbeitung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung gem. Art. 6 (1) Satz 1 a DS-GVO einverstanden: Telefonnummern, Faxnummern.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Aus der Vereinssatzung:

§4 Mitgliedschaft

- 1) Ordentliches Mitglied des Vereins kann jede Apothekerin, Apotheker, Studierende der Pharmazie und Pharmazeut im Praktikum werden, der die Vereinsziele (§ 2) unterstützt.
- 2) Fördermitglied des Vereins kann jede natürliche oder juristische Person werden, die die Verwirklichung der Vereinsziele mit Rat und Tat unterstützen möchte.

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000563622

Ich ermächtige den Verein APOTHEKER HELFEN e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum 30. März des Jahres einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein APOTHEKER HELFEN e. V. 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.

Kontoinhaber: _____

IBAN: D E _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

APOTHEKER HELFEN e. V.

Maria-Theresia-Straße 28

D-81675 München

Telefon: 089 / 45 207 307 – Telefax: 089 / 45 207 308

E-Mail: info@apotheker-helfen.de

Internet: www.apotheker-helfen.de

Eingetragen im Vereinsregister:

Amtsgericht München,

Vereinsregisternummer VR 16612

1. Vorsitzender: Thomas Benkert

2. Vorsitzender: Dr. Hans-Peter Hubmann

Geschäftsführer: Dr. Andreas Wiegand

Bankverbindung:

Dt. Apotheker- und Ärztebank

IBAN: DE02 3006 0601 0004 7937 65

BIC: DAAEDED

Bitte senden Sie den ausgefüllten Mitgliedsantrag per E-Mail an info@apotheker-helfen.de, per Fax an 089/45 207 308 oder per Post (APOTHEKER HELFEN e.V., Maria-Theresia-Straße 28, D- 81675 München) an uns zurück.