



Mitgliedsantrag

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

Ordentliches Mitglied (für Apothekerinnen und Apotheker) ab _____ / _____ (Monat / Jahr).

Fördermitglied (für alle natürlichen Personen) ab _____ / _____ (Monat / Jahr).

Daten zu ihrer Person

Titel: _____

Vorname: _____ Name: _____

Apotheker ja nein Wenn „ja“, Approbation erteilt am: ____/____/____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich möchte den Newsletter erhalten, der mich über aktuelle Projekte und Einsätze von APOTHEKER HELFEN e.V. informiert.

Engagement

APOTHEKER HELFEN e. V. liefert bedarfsgerecht zusammengestellte Arzneimittel und Hilfsgüter in Krisen- und Katastrophenregionen. Als Mitglied können Sie uns in der Projektarbeit unterstützen.

Ich möchte mich aktiv an der Projektarbeit beteiligen und interessiere mich für eine ehrenamtlichen Mitarbeit.

Ich verfüge über besondere Kompetenzen und Erfahrungen, die ich dem Verein zur Verfügung stellen möchte:

Sprachkenntnisse in folgenden Fremdsprachen: _____

Technik / Internet / Software / PC

Pharmazeutisches Know-how

Kontakte zu Firmen/ in die Politik/ zu Großspendern

Auslandserfahrung / Erfahrung im humanitären Bereich. Bitte erläutern: _____

Ich kann mir eine Mitarbeit an konkreten Projekten momentan nicht vorstellen.

Mitgliedsbeitrag

Als Mitglied unterstützen Sie die Arbeit von APOTHEKER HELFEN e.V. ideell und finanziell. Das gibt uns Planungssicherheit und hilft uns, Verwaltungskosten zu stemmen, ohne unsere Projektgelder nutzen zu müssen. Der jährliche Mindestbeitrag liegt bei 60,- Euro.

- 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: DE 0230 0606 0100 0479 3765.
- 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 Seite 3 aus und senden Sie diese gemeinsam mit dem Mitgliedsantrag an uns zurück.)

Anmerkung: Wenn möglich, nutzen Sie bitte die Möglichkeit des Lastschriftverfahrens. Sie ersparen uns damit einen nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand.

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

Ich bin damit einverstanden, dass APOTHEKER HELFEN e.V. meine Daten für Vereinszwecke speichert. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

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

Aus der Vereinssatzung:

§ 4 Mitgliedschaft

(1) Ordentliches Mitglied des Vereins kann jede Apothekerin und jeder Apotheker 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.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen und Lastschriften

Zahlungsempfänger:

APOTHEKER HELFEN e.V.
Maria-Theresia-Straße 28
D- 81675 München

Kontoinhaber:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge für APOTHEKER HELFEN e.V. bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

bei Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC (Swift): _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

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

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!