

Förderinitiative Pharmazeutische Betreuung e. V.
c/o Apothekerhaus
Carl-Mannich-Straße 26
65760 Eschborn



info@foerderinitiative.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Name, Vorname *: _____
Firma, Institution: _____
Straße, Hausnummer *: _____
PLZ, Stadt *: _____
E-Mail *: _____

Hiermit wird die Mitgliedschaft in der Förderinitiative Pharmazeutische Betreuung e. V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt beantragt (Jahresbeitrag pro Jahr) als

- Einzelperson: 50 Euro
 Verband, Kammer, Körperschaft: 770 Euro
 Pharmazeutischer Hersteller, Dienstleistungsunternehmen: 5.120 Euro
 Einzelperson ermäßigt **: 12 Euro
 Kostenträger im Gesundheitswesen: 770 Euro

Der Jahresbeitrag in Höhe von _____ EURO

- soll im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren eingezogen werden

Kontoinhaber: _____ Bank: _____
IBAN: _____ BIC: _____

Ich/Wir ermächtige/n die Förderinitiative Pharmazeutische Betreuung e. V., wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Förderinitiative Pharmazeutische Betreuung e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000371170

Die Mitteilung Ihrer Mandatsreferenznummer erfolgt im Rahmen der Bearbeitung dieses Antrages und wird Ihnen mit separatem Schreiben mitgeteilt.

- wird nach Rechnungsstellung innerhalb von 14 Tagen auf das Konto der Förderinitiative Pharmazeutische Betreuung e. V., IBAN: DE90 3006 0601 0004 4561 73, BIC: DAAEDEDXXX, bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e. G., überwiesen.

Die Unterschrift gilt für den Antrag auf Mitgliedschaft und ggf. für den Antrag auf Teilnahme zum Einzug des Jahresbeitrages im Wege des SEPA-Basis-Lastschriftverfahrens.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten nur zum Zwecke Ihrer Mitgliedschaft bei uns. Für weitere Informationen zum Datenschutz besuchen Sie uns auf [Förderinitiative Pharmazeutische Betreuung: Datenschutz](#) oder kontaktieren Sie uns.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

* Mit Sternchen markierte bzw. magenta umrandete Felder sind Pflichtfelder.

** Für Studenten der Pharmazie, Pharmazeuten im Praktikum, Doktoranden für die ersten drei Jahre der Mitgliedschaft (bitte Nachweis beifügen). Ab dem vierten Jahr der Mitgliedschaft erhöht sich der Beitrag auf € 50,00.