

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.