

Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e.V.  
c/o Apothekerhaus  
Carl-Mannich-Straße 26  
65760 Eschborn

## Antrag auf Mitgliedschaft

Ja, ich werde durch meine Mitgliedschaft im Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e.V. den Erhalt und Pflege des Deutschen Apotheken-Museums unterstützen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Firma, Institution: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Als Mitgliedsbeitrag übernehme ich jährlich: \_\_\_\_\_ €

(Mindestbeitrag für natürliche Personen 45,00 €, für juristische Personen 350,00 € pro Jahr).

Der Jahresbeitrag

- soll im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren eingezogen werden

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Ich/Wir ermächtige/n den Förderverein Deutsches Apotheken-Museum e.V., wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Förderverein Deutsches Apotheken-Museum 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: DE 58FVM0000592662**

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 des Fördervereins Deutsches Apotheken-Museum e.V., IBAN: DE07 3006 0601 0102 5441 64, 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 [www.deutsches-apotheken-museum.de/partner/foerderverein](http://www.deutsches-apotheken-museum.de/partner/foerderverein) oder kontaktieren Sie uns.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift