

# Antrag auf Mitgliedschaft

**APOTHEKER  
OHNE GRENZEN**



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei

**Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V.**  
**Gärtnerstraße 60**  
**80992 München**

als

Ordentliches Mitglied <sup>(1,4)</sup> ab \_\_\_\_\_

Fördermitglied <sup>(2,5)</sup>

\_\_\_\_\_  
Name/Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel / akad. Grad

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Geburtstag (XX | XX | XXXX)

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Straße / Postfach

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

\_\_\_\_\_  
Fax

## Als Mitgliedsbeitrag zahle ich

den Mindestbeitrag in Höhe von z. Zt. 96,- Euro jährlich

einen höheren Beitrag von jährlich \_\_\_\_\_ Euro

den Beitrag für Studierende und sonstige Personen in der Ausbildung in Höhe von z. Zt. 36,- Euro jährlich. Entsprechende Nachweise lege ich regelmäßig vor

## Zum Einzug des Mitgliedsbeitrags

erteile ich ein SEPA-Lastschriftmandat (siehe unten)

## Den Mitgliedsbeitrag zahle ich

unaufgefordert jährlich bis spätestens zum 31. März auf das Konto von Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V. bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Frankfurt,  
**BIC DAAEDED | IBAN DE88 3006 0601 0005 0775 91**

Für den gezahlten Mitgliedsbeitrag erhalte ich zum Jahresende eine Zuwendungsbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum <sup>(3)</sup>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vereinsatzung § 5

(1) Ordentliches Mitglied des Vereins können natürliche Personen werden, die sich bereit erklären, die Vereinszwecke und –ziele aktiv und materiell zu unterstützen.

(2) Fördermitglied des Vereins kann jede natürliche und juristische Person werden, die die Verwirklichung der Vereinsziele mit Rat und Tat unterstützen möchte, ohne eine ordentliche Mitgliedschaft anzustreben.

(3) Bei Eintritt bis zum 30.06. ist für das erste Jahr der gesamte Jahresbeitrag, bei Eintritt ab dem 01.07. ist für das erste Jahr der halbe Jahresbeitrag zu zahlen.

(4) Kündigung für Ordentliche Mitglieder: Schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende.

(5) Kündigung für Fördermitglieder: Schriftlich jederzeit ohne Frist.

**Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V.**  
Gärtnerstraße 60  
80992 München

**APOTHEKER  
OHNE GRENZEN**



Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE90ZZZ00000385573**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

**SEPA-Lastschriftmandat** zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen

Ich ermächtige Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname | Ansprechpartner .....

ggf. Apotheke | Institution | Unternehmen .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Kreditinstitut .....

IBAN .....

BIC .....

Datum, Ort, Unterschrift .....

**Bitte nicht faxen sondern per Post senden!**