

Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Verein

Apotheker ohne Grenzen Österreich

Spitalgasse 31

1090 Wien

ZVR: 1306264930

Kontoinformation für Überweisung

Bank: Österreichische Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: AT26 1813 0813 7028 0000

BIC: BWFBATW1

ab dem: _____

als Ordentliches Mitglied Förderndes Mitglied Dauerspender

Angaben zur Person (Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. *Pflichtfeld):

*Titel, Vorname, Nachname oder Firmenname

*Straße und Hausnummer/Stiege/Top

*Postleitzahl und Wohnort

Telefonnummer

*E-Mail

*Geburtsdatum oder Ansprechpartner bei Firmen

Arten der Mitgliedschaft:

Art	Beitrag €	
Vollmitglied	95,- /Jahr	<input type="checkbox"/>
Ermäßigtes Mitglied ¹	45,- /Jahr	<input type="checkbox"/>
Förderndes Mitglied /Jahr	<input type="checkbox"/>
Dauerspender /Monat	<input type="checkbox"/>

¹ Als ermäßigt gelten Zivil- und Wehrdienstleistende, StudentInnen und Personen in Ausbildung bis zum vollendeten 30. Lebensjahr. Es sind entsprechende Dokumente beizulegen.

Die Daten werden zur Erfüllung des Vereinszweckes erhoben und grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Eine Weitergabe erfolgt ausschließlich mit Zustimmung des Mitgliedes im Zusammenhang mit der Planung von Einsätzen.

*Datum, Ort und Unterschrift

Einzugsermächtigung



Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Verein

Apotheker ohne Grenzen Österreich

p. A. Pharmazeutische Gehaltskasse

Spitalgasse 31, 1090 Wien

ZVR: 1306264930

Gläubiger-ID: AT50ZZZ00000060243

Mandatsreferenz:

(wird vom Verein vergeben)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Bitte den zutreffenden Betrag ankreuzen: 95,- € /Jahr 45,- € /Jahr € /Jahr
 € /Monat als Dauerspender

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen (*Pflichtfeld):

*Titel, Vorname, Nachname (KontoinhaberIn)

*Straße und Hausnummer/Stiege/Top

*Postleitzahl und Wohnort

Kreditinstitut (Name und BIC)

*IBAN

*Datum, Ort und Unterschrift