



Antrag für eine ordentliche Mitgliedschaft - Apotheken -

Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft im Verein „Babyfreundliche Apotheke“ e.V.:

Apotheke _____

Name des Antragstellers _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefonnummer _____

Faxnummer _____

Email-Adresse _____

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 100,- Euro.

Filialapotheken von Mitgliedsapotheken sind von der Aufnahmegebühr befreit.

Der jährliche Mitgliedsbetrag beträgt im 1. Jahr und bis zur 2. Rezertifizierung 500,- Euro, ab der 2. Rezertifizierung 350,- Euro.

Einwilligung zur Aufnahme und Nutzung Ihrer Daten

Mit meiner Unterschrift auf der nächsten Seite erkläre ich ausdrücklich meine Einwilligung zur Speicherung der Daten meiner/unserer Apotheke im Rahmen der Kontakte mit dem Verein Babyfreundliche Apotheke e.V. und deren Gutachterinnen. Diese Kontakte umfassen:

- Schreiben des Vereins
- Schreiben der Gutachterinnen
- Newsletter des Vereins
- E-Learning-Angebote
- Sonderangebote unserer Mitgliedsunternehmen

Widerruf

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligung jederzeit einzeln oder gesamt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wenden Sie sich dazu bitte an das Vereinsbüro.

Bitte füllen Sie auch die Seite 2 dieses Formulars vollständig aus.

Verein Babyfreundliche Apotheke e.V.
Am Ackerbach 23
56370 Dörsdorf

Gläubiger-Identifikationsnummer DE38ZZZ00001318582
Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein Babyfreundliche Apotheke e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom den Verein Baby-freundliche Apotheke e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN DE__|__|__|__|__|__

Datum und Ort

Stempel und Unterschrift (Kontoinhaber)

Bitte schicken Sie beide Seiten dieses Formular ausgefüllt an die oben genannte Adresse. Vielen Dank!