

## 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/unsere 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.**  
**Karolingerstr. 110**  
**40223 Düsseldorf**

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!**