

Förderinitiative Pharmazeutische Betreuung e.V.

An den
Vorstand der
Förderinitiative
Pharmazeutische Betreuung e.V.
Deutsches Apotheker Haus
Jägerstrasse 49/50
10117 Berlin
Fax: 030/40004 243

Absender:

Name, Firma, Institution

Straße

PLZ Stadt

Tel./Fax

E-Mail

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit wird die Mitgliedschaft in der *Förderinitiative Pharmazeutische Betreuung e.V.* zum nächstmöglichen Zeitpunkt als

| | Beitrag in € pro Jahr |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson | _____ 50,-- |
| <input type="checkbox"/> Verband, Kammer, Körperschaft, | _____ 770,-- |
| <input type="checkbox"/> Kostenträger im Gesundheitswesen | _____ 770,-- |
| <input type="checkbox"/> Pharmazeutischer Hersteller, Dienstleistungsunternehmen | _____ 5.120,-- |

beantragt.

Der Jahresbeitrag in Höhe von _____ €

soll im Lastschriftverfahren eingezogen werden.

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

Bankverbindung: _____

Der Jahresbeitrag wird bis spätestens zum 1. März eines Jahres auf das Konto, Nr.:000 445 6173 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank e.G. (BLZ 500 906 07), der Förderinitiative überwiesen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift