

Verein zur Förderung der Lehranstalt für PTA e.V.

Apothekerhaus
Frankfurter Straße 229 a
34134 Kassel

Beitrittserklärung

Ich (Wir) möchte (n) Mitglied des Vereins zur Förderung der Lehranstalt für PTA e. V. werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Aufnahmeantrag und in der Einzugsermächtigung gespeichert und ausschließlich für Vereinszwecke maschinell ausgewertet werden.

Name: _____ Vorname: _____

Ggf. Firmenname bzw. Apotheke: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____ Telefon: _____

_____, den _____

Unterschrift

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)

Zuzüglich jährliche Spende (bitte einfügen)

- Einzelpersonen 31,-- €
 Apotheken 62,-- €
 Jurist. Personen 103,-- €
 Personen in Aus-
bildung/Studium 10,-- €

_____ Euro

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Kassel
BLZ 520 906 11 Konto-Nr. 0004272277

Spende und Beitrag sind steuerlich abzugsfähig. Der Beitrag wird jeweils im Januar fällig.

- Ich (Wir) erteile (n) dem Verein eine Einzugsermächtigung

Konto _____ BLZ _____

Kreditinstitut _____

_____, den _____

Unterschrift des Kontoinhabers

- Ich (Wir) möchte (n) den Beitrag jährlich selbst überweisen.