

# Frankfurter Pharmazieschule e.V.



## Mitgliedsantrag

Ich beantrage dem Verein „Frankfurter Pharmazieschule“ als Mitglied beizutreten und erkenne durch meine Unterschrift die mir bekannte Satzung an.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für die Verarbeitung mittels EDV gespeichert werden (ausgenommen Weitergabe an Dritte für Werbezwecke) und erkläre hiermit, dass der jährliche

Vereinsbeitrag von € \_\_\_\_\_ (Mindestbeitrag 6,00 €)

vom meinem Konto mittels Lastschrift abgebucht werden kann.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank/Sparkasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)