

**Antrag zum Beitritt als außerordentliches Mitglied des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V.**

Antragssteller: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname / Firmenname TT.MM.JJJJ

Adresse: \_\_\_\_\_ Ausbildung: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Ich möchte ein außerordentliches Mitglied des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (BPhD e.V.) werden und stelle hiermit den Antrag auf Aufnahme.  
Die gegenwärtig gültige Satzung und Geschäftsordnung des BPhD e.V. erkenne ich als Grundlage der Mitgliedschaft an. Sie ist jederzeit beim Vorstand des BPhD e.V. zu erhalten und steht auf der Homepage des BPhD e.V. ([www.bphd.de](http://www.bphd.de)) zum Download zur Verfügung.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

**Semesterbeitrag und Zahlungsweise**

Der Semesterbeitrag für außerordentliche Mitglieder wird in der Geschäftsordnung festgelegt und beträgt 15 EUR pro Halbjahr.

- Der Semesterbeitrag wird halbjährlich auf das Konto des BPhD e.V. IBAN **DE71300606010003608735**, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC/SWIFT **DAAEEDDXXX** überwiesen.
- Hiermit ermächtige ich den Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V., den Semesterbeitrag jährlich zum **1. Mai** und zum **1. November** von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger 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.

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17FVP00001361446**

Die Mandatsreferenz ist zugleich Ihre Mitgliedsnummer, die wir Ihnen nach Bearbeitung Ihres Mitgliedsantrages mitteilen.

- Ich möchte aktuelle Informationen über die Arbeit des Vereins per E-Mail bekommen.

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers IBAN

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitutes BIC/SWIFT

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift