

## Antrag zum Beitritt als förderndes Mitglied des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V.

Antragssteller: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname / Firmenname

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
TT.MM.JJJJ

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

Ausbildung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Email: \_\_\_\_\_

Ich möchte ein förderndes 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 Jahresbeitrag für fördernde Mitglieder wird in der Geschäftsordnung festgelegt und beträgt 25 EUR pro Jahr im Voraus. Neben diesem Jahresbeitrag soll dem BPhD e.V. eine Spende von \_\_\_\_\_ EUR zukommen.

- Der Semesterbeitrag wird halbjährlich auf das Konto des BPhD e.V. IBAN **DE71300606010003608735**, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC/SWIFT **DAAEDEDXXX** überwiesen.
- Hiermit ermächtige ich den Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V., den Jahresbeitrag inklusive Spende jährlich zum **1. Mai** 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