

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

Antragssteller*in: _____
Name, Vorname / Firmenname und Ansprechpartner*in

Adresse: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer TT.MM.JJJJ

_____ E-Mail: _____
PLZ, Ort

Die Grundlage der Mitgliedschaft bilden die gegenwärtig gültigen Fassungen der Satzung, Finanz- und Beitragsordnung des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V. (BPhD e. V.), die jeder Zeit unter <https://www.bphd.de/satzung-go/> einsehbar sind und unter <https://www.bphd.de/downloads/> zum Download zur Verfügung stehen.

Die Fördermitgliedschaft beruht insbesondere auf folgenden Absätzen:

Satzung Artikel 4 [Mitgliedschaft]

(5) Fördermitglieder

- a. Fördermitglieder können natürliche und juristische Personen sein.
- b. Ein schriftlicher Aufnahmeantrag ist dem Präsidium vorzulegen.
- c. Die Aufnahme ist erfolgt, wenn dem*der Antragsteller*in die schriftliche Bestätigung des Präsidiums übersandt worden ist. Ein Anspruch auf Aufnahme besteht nicht.
- d. Die Fördermitgliedschaft kann durch schriftliche Erklärung des Fördermitgliedes zum Schluss eines Kalenderjahres beendet werden. (...)
- e. Die Fördermitgliedschaft begründet keine Mitgliedschaftsrechte im Verein.

Finanz- und Beitragsordnung §6 [Mitgliedsbeitrag]

(5) Ein Fördermitglied entrichtet einen Beitrag von mind. 25 € pro Jahr im Voraus. Lastschriften werden am 1. April jeden Jahres eingezogen.

Ich möchte ein förderndes Mitglied des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V. (BPhD e. V.) werden und stelle hiermit den Antrag auf Aufnahme.

Beitrag und Zahlungsweise

Der Jahresbeitrag für fördernde Mitglieder wird in der Finanz- und Beitragsordnung auf mindestens **25 €** pro Jahr im Voraus festgelegt. Neben diesem Jahresbeitrag soll dem BPhD e. V. eine **zusätzliche** jährliche Spende von _____ EUR zukommen.

BUNDESVERBAND DER PHARMAZIESTUDIERENDEN IN DEUTSCHLAND e.V.



Ich ermächtige den Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V., den Jahresbeitrag inklusive Spende jährlich zum **1. April** 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.

Name des Kontoinhabers

IBAN

Name des Kreditinstitutes

Ort

_____, den _____
Datum

Unterschrift

Der Beitrag wird jährlich überwiesen auf das Konto des BPhD e. V.:

IBAN **DE71 3006 0601 0003 6087 35**, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC/SWIFT **DAAEDEDXXX**

Ich bin mit dem Erhalt von Informationen zum BPhD e. V. per E-Mail gemäß Datenschutzbestimmungen (<https://www.bphd.de/datenschutzerklaerung/>) einverstanden und kann diese Einwilligung jederzeit per E-Mail an recht@bphd.de widerrufen.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Fördermitgliedschaft gemäß der aktuell gültigen Satzung und Geschäftsordnung des BPhD e. V. einverstanden und akzeptiere die Datenschutzbestimmungen (<https://www.bphd.de/datenschutzerklaerung/>). Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an recht@bphd.de widerrufen.

Ort

_____, den _____
Datum

Unterschrift

Hinweis: Bitte teilen Sie uns eine Änderung Ihrer persönlichen Daten mit einer Mail an sekretariat@bphd.de mit.