

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

Antragssteller\*in: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

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

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

Datum 2. Stex: \_\_\_\_\_  
TT.MM.JJJJ

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

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

Die Grundlage der Mitgliedschaft bilden die gegenwärtig gültigen Fassungen der Satzung, Finanz- und Beitragsordnung und der Geschäfts- und Versammlungsordnung 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 außerordentliche Mitgliedschaft beruht insbesondere auf folgenden Absätzen:

Satzung Artikel 4 [Mitgliedschaft]:

(3) Außerordentliche Mitglieder

- a. Außerordentliche Mitglieder müssen natürliche Personen sein.
- b. Voraussetzung ist das bestandene zweite Staatsexamen im Studiengang Pharmazie, wobei die außerordentliche Mitgliedschaft spätestens vier Jahre nach dessen Bestehen endet, hierbei ist das Ausstellungsdatum des Zeugnisses maßgeblich.
- c. Ein schriftlicher Aufnahmeantrag ist von der Person mit Kopie des Examenszeugnisses dem Präsidium vorzulegen.
- d. Die Aufnahme ist erfolgt, wenn dem\*der Antragsteller\*in die schriftliche Bestätigung des Präsidiums übersandt worden ist. Ein Anspruch auf Aufnahme besteht nicht.

Und Finanz- und Beitragsordnung §6 [Mitgliedsbeitrag]

- (4) Ein außerordentliches Mitglied entrichtet einen Mitgliedsbeitrag von 15 € pro Semester.

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

**Hinweis:** Dieser Antrag ist nur mit einer zusätzlich eingereichten Kopie des Examenszeugnisses des bestandenen zweiten Staatsexamens gültig.

# BUNDESVERBAND DER PHARMAZIESTUDIierenden IN DEUTSCHLAND e.V.



## Semesterbeitrag und Zahlungsweise

Der Semesterbeitrag wird in der Finanz- und Beitragsordnung auf 15 € festgelegt.

Ich ermächtige den Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e. V., den Semesterbeitrag halbjährlich 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 die Mitgliedsnummer, die wir nach Bearbeitung des Mitgliedsantrages mitteilen.

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

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitutes

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

Der Semesterbeitrag wird halbjährlich 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](mailto:recht@bphd.de) widerrufen.

Ich bin mit dem Erhalt von Informationen zum BPhD e. V. per Mail über den Newsletter Wöchentliche Injektion gemäß Datenschutzbestimmungen (<https://www.bphd.de/datenschutzerklaerung/>) einverstanden und kann diese Einwilligung jederzeit per E-Mail an [intern@bphd.de](mailto:intern@bphd.de) widerrufen.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der außerordentlichen Mitgliedschaft 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](mailto:recht@bphd.de) widerrufen.

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

**Hinweis:** Bitte teile uns eine Änderung persönlichen Daten mit einer Mail an [sekretariat@bphd.de](mailto:sekretariat@bphd.de) mit.