



**Verein der Freunde, Förderer und Ehemaligen
der PTA-Fachschule Niederrhein e.V.**

Gesellschafter der PTA-Fachschule Niederrhein gGmbH

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein der Freunde, Förderer und Ehemaligen der PTA-Fachschule Niederrhein e.V.

Name, Vorname	
Beruf	
Straße, Nr.	
Ort	
Apotheke	
Apothekenanschrift	
Email	

_____ Ort, _____ Datum, _____ Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr für

- | | |
|--|------------|
| - ApothekerInnen | 75,00 Euro |
| - PTA´s | 15,00 Euro |
| - Freunde, die nicht zum pharmazeutischen Personal gehören | 35,00 Euro |

Spendenquittungen können erstellt werden.

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den o.g. Verein den Jahresbeitrag von meinem genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Jahresbeiträge werden im ersten Quartal eines jeden Jahres eingezogen.

Name des Kontoinhabers	
IBAN	
BIC	
Name des Kreditinstitutes	

_____ Ort, _____ Datum, _____ Unterschrift

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Vorsitzender: Herr Apotheker E.Hoch

Geschäftsstelle: PTA-Fachschule Niederrhein, Dr.G.Schulte Herbrüggen

Klößnerstr. 48/50 – 47057 Duisburg

Tel. 0203/317332700 – Fax. 0203/317332709 – Email info@pta-fachschule-niederrhein

Deutsche Apo- und Ärztebank - IBAN DE76 3006 0601 0005050162- BIC DAAEDEDXXX