

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

Beitrittserklärung (gültig ab 2025)



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

Name, Vorname	
Beruf	
Apotheke	
Apothekenanschrift	
Email Apotheke	
Privatanschrift	
Email privat	

_____ Ort, _____ Datum, _____ Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr für

- ApothekerInnen 80,00 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.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliedschaft auf der Schulinternen digitalen Plattform (teams) veröffentlicht wird.

_____ Ort, _____ Datum, _____ Unterschrift

Vorsitzende: Frau D.Tauber- Apothekerin

Geschäftsstelle: PTA-Fachschule Niederrhein, Dr.G.Schulte Herbrüggen
Klößnerstr. 48/50 – 47057 Duisburg

Tel. 0203/317332700 – Fax. 0203/317332709 – Email info@pta-fachschule-niederrhein.de
Deutsche Apo- und Ärztebank - IBAN DE76 3006 0601 0005 0501 62- BIC DAAEDEDXXX