



Freie Apothekerschaft e.V.  
Obere Hauptstr. 1  
D-76863 Herxheim  
Tel. 07276-8578  
Fax 07276-7116  
[info@freieapo.net](mailto:info@freieapo.net)

Freie Apothekerschaft e.V.  
Schatzmeister Reinhard Rokitta  
c/o Punkt-Apotheke  
Eschstr. 42 / City-Passage  
D-32257 Bünde  
Fax 05223-179080

<b>Mitglieds-Nr.</b>  _____ <b>wird intern vergeben</b>
--

**Antrag auf Mitgliedschaft**

Vorname	Name
Straße	PLZ/Ort
Apotheke	Tel./Fax
Geb.Datum	Homepage

- als ordentliches Mitglied
- als ausserordentliches Mitglied (nur für nichtselbständige Apotheker/-innen und andere)
- Ich versichere, dass ich Leiter/-in der o.a. Apotheke bin (Zutreffendes bitte ankreuzen)

.....  
Ort, Datum Unterschrift

<b>Jahresbeitrag 200 Euro (in Worten: zweihundert)</b>
<b>Freiwilliger jährlicher Mehrbeitrag _____ Euro</b> (in Worten: _____)

- Ich ermächtige den Verein Freie Apothekerschaft e.V. widerruflich (Zutreffendes bitte ankreuzen)
- die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos
  - den o.a. freiwilligen jährlichen Mehrbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Nummer:.....bei.....BLZ.....

Kontoinhaber.....

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

.....  
Ort, Datum Unterschrift

Ich bitte für Kommunikation/Newsletter nachstehende Email-Adresse zu nutzen:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Apothekenstempel

--