Förderverein zur Errichtung einer
Therapeutenkammer in Niedersachsen e.V.

Hannover

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Förderverein zur Errichtung einer Therapeutenkammer in Niedersachse e.V. als

O stimmberechtigtes Mitglied 50,00 Euro/ Jahr
O förderndes Mitglied 25,00 Euro/ Jahr

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____ Nummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____

ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse, Telefonnummer und Email-Adresse in die Mitgliederliste mit aufgenommen und verteilt werden.

Beruf: _____

Arbeitgeber
(freiwillige Angabe): _____

O Mit der jährlichen Einziehung des Jahresmitgliedsbeitrages von meinem nachfolgend genannten Kontos bin ich einverstanden.

O Mein Mitgliedsbeitag überweise ich auf das Konto des Vereins
Deutsche Apotheker - u.Ärztebank
IBAN: DE08 3006 0601 0005 7543 45

IBAN: _____

Bank: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____