

---

# PTA-Förderverein Nordrhein e.V.

Tersteegenstraße 12, 40474 Düsseldorf

Tel.: 0211/43917-0 / Fax: 0211/43917-17

PTA-Förderverein Nordrhein e.V.  
Tersteegenstr. 12

40474 Düsseldorf

## Mitgliedschaftserklärung und Einzugsermächtigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich gem. § 3 der Satzung die Aufnahme in den PTA-Förderverein Nordrhein e.V. als

- Natürliche Person
  - Apotheker/in 50,- Euro Jahresmitgliedsbeitrag
  - PTA 10,- Euro Jahresmitgliedsbeitrag
  - Übrige 50,- Euro Jahresmitgliedsbeitrag
- Juristische Person 500,- Euro Jahresmitgliedsbeitrag

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ggf. Firma /Apotheke: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

Mit ist bekannt, dass der Jahresmitgliedsbeitrag per Lastschrift eingezogen wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Antrag zur Teilnahme am SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (CORE)

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_