

Antrag zur Mitgliedschaft

**Der Mitgliedsbeitrag für die Mitgliedschaft im Verein Alte Apotheke e.V.
beträgt 12€/Jahr und wird im April eines jeden Jahres vom Konto eingezogen.**

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefonnummer (für evtl. Rückfragen)

Straße & Hausnummer, PLZ & Ort

Ich erlaube dem Verein „Alte Apotheke Lindenholzhausen e.V.“ von meinem Konto die Beiträge mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschrift einzulösen. Der Beitrag wird zum 1. April eines Jahres eingezogen.

Kontoinhaber

IBAN

Kreditinstitut

Mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten, sowie deren Verwendung bin ich einverstanden.
Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift