



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

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

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Beruf</b>	
<b>Straße, Nr.</b>	
<b>Ort</b>	
<b>Apotheke</b>	
<b>Apothekenanschrift</b>	
<b>Email</b>	

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

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr für

- |  |            |
|--|------------|
| - ApothekerInnen   | 75,00 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.

<b>Name des Kontoinhabers</b>	
<b>IBAN</b>	
<b>BIC</b>	
<b>Name des Kreditinstitutes</b>	

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

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

**Vorsitzender: Herr Apotheker E.Hoch**

**Geschäftsstelle: PTA-Lehranstalt Duisburg, Dr.G.Schulte Herbrüggen – Klöcknerstr. 48/50 – 47057 Duisburg  
Tel. 0203/317332700 – Fax. 0203/317332709 – Email [info@pta-lehranstalt-duisburg.de](mailto:info@pta-lehranstalt-duisburg.de)  
Deutsche Apo- und Ärztebank - IBAN DE76 3006 0601 0005050162- BIC DAAEDEDXXX**