

BEITRITTSERKLÄRUNG

zum Verein der PROKAS-Anwender e.V.
Sitz: 64847 Schaafheim

Vor- und Zuname

Geburtstag:

Name der Apotheke:

PLZ / Ort:

E-Mail-Adresse:

PROKAS-Anwender seit:

Unterzeichner erklärt mit seiner Unterschrift seinen Beitritt zum obigen Verein. Gleichzeitig ermächtigt er den Verein durch Unterschrift auf dem nebenstehenden SEPA-Einzugsformular den Jahresbeitrag lt. Satzung im 1.Quartal eines jeden Jahres einzuziehen. Der Jahresbeitrag beläuft sich derzeit auf 192.-€.

Per Fax an die 02203/1037562 oder aber an info@prokasanwenderverein.de

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Bearbeitung meiner Anfrage gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA – Lastschrift

SEPA–Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE97ZZZ00000529492
Mandatsreferenz

Ich ermächtige den Verein der Prokas–Anwender e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein der Prokas–Anwender e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Zuname (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut (Name und BIC):

IBAN des Zahlungspflichtigen: DE ____|____|____|____|____|____

Ort, Datum

Unterschrift