Verein der PROKAS-Anwender e.V.

Neue Eiler Straße 48
51145 Köln

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: ..... / ..... / .....
TT MM JJ

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 175.-€.

....

Ort, Datum Unterschrift

Per Fax an die 02203/1037562 oder aber an info@prokas-anwenderverein.de

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

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.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Kreditinstitut (Name und BIC)

D E _____
IBAN des Zahlungspflichtigen

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift