



**Freunde und Förderer der Berufsfachschule für
pharmazeutisch - technische Assistenten Augsburg e.V.**

Freunde und Förderer der
Berufsfachschule für PTA Augsburg e.V.
Allgäuer Str. 1
86199 Augsburg

FAX-Nr. 08 21 / 99 59 18

Absender:

Email:

- Hiermit leiste ich eine Spende an den o. a. Verein in Höhe von _____ €.
- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft zum o. a. Verein: ja: _____ nein: _____

Ich Zahle den Normalbeitrag von derzeit:

- Apothekenleiter/Innen (mind.100,00 €) – freiwilliger Beitrag - _____ €
- Angestellte Apotheker/innen 60,00* €
- PTA 30,00* €
- Sonstige Mitglieder 30,00* €
- Juristische Personen bzw. Firmen 250,00* €

* sind Mindestbeiträge

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name in der Mitgliederliste
auf der Internetseite der PTA-Schule Augsburg erscheint: ja: _____ nein: _____

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE13ZZZ00000953245 Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

- SEPA-Basis-Lastschriftmandat:**
Hiermit ermächtige ich den o. a. Verein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. a. Verein von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____
IBAN: _____
BIC: _____ Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Dieses Formular kann als Fensterbrief verwendet werden.