

# Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein Pharmazie Greifswald e. V.

**Förderverein Pharmazie Greifswald e.V.**  
c/o Institut für Pharmazie  
Friedrich-Ludwig-Jahn-Straße 17  
D-17487 Greifswald

**Ich beantrage meine Aufnahme in den Förderverein Pharmazie Greifswald e. V. als**

- Studentisches Mitglied** - Student(in), Diplomand(in), Doktorand(in) -- Beitrag € 20,00 pro Jahr --
- Fördermitglied** -- Beitrag € 500,00 einmalig --
- Mitgliedschaft einer - Körperschaft/Firma/Institution\*** -- Beitrag € 50,00 pro Jahr --
- Ordentliches Mitglied** -- Beitrag € 25,00 pro Jahr --

Frau  Herr

Titel:

Firma\*:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

## Privatanschrift:

Straße:

Zusatz:

Stadt:  PLZ:

Land:

Email:

Telefon:

Fax:

## Dienstanschrift/Studiumsanschrift:

Straße:

Zusatz:

Stadt:  PLZ:

Land:

Email:

Telefon:

Fax:

**Alle Mitteilungen an mich bitte an folgende Email-Adresse:**

Privat    oder     Dienstlich

## Zahlungsmöglichkeiten für den jährlichen Mitgliedsbeitrag:

**Zahlung durch Erteilung einer Einzugsermächtigung - dazu bitte Einzugsermächtigung ausfüllen -**

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Pharmazie Greifswald e. V. - den Jahresbeitrag im Lastschriftverfahren von meinem nachstehend näher bezeichneten Konto einzuziehen.

Name des Kontoinhabers:

Name der Bank:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Ort/Datum:

**Unterschrift für die Lastschrifteinzugsermächtigung:**

---

**Zahlung durch jährliche Überweisung zum 01. Januar jeden Jahres auf folgendes Konto:**

Kontoinhaber: Förderverein Pharmazie Greifswald e. V.

Name der Bank: Volksbank Greifswald e.G.

Kontonummer: 111 663 0

Bankleitzahl: 150 616 38

IBAN: DE47 1506 1638 0001 1166 30

BIC: GENODEF1ANK

Möchten Sie für den jährlichen Mitgliedsbeitrag automatisch eine Spendenquittung von uns zugesendet bekommen:

Ja

Nein

**Angaben zum Studium / Beruf :**

**Ich habe die Satzung und die Gebührenordnung des Fördervereins Pharmazie Greifswald e.V. gelesen und bin mit diesen einverstanden.**

Ort / Datum

**Unterschrift:**

Bitte drucken Sie das Formular aus und unterschreiben Sie es. Vergessen Sie dabei bitte nicht die Lastschrifteinzugsermächtigung zu unterschreiben, falls Sie diese als Zahlungsweise gewünscht haben. Schicken Sie uns den Mitgliedsantrag an oben angegebene Adresse oder werfen Sie den Antrag in unseren Briefkasten im Institut für Pharmazie, rechts neben der Tür von Frau Ewert im Erdgeschoss.