

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Bundesverband der Deutschen Apothekenkooperationen e.V. Mit dem Antrag erkenne ich die Satzung des BVDAK e.V. an. Ich bin bereit, öffentlich für die Ziele des BVDAK e.V. einzutreten und mich auf der Webseite des BVDAK e.V. als ordentliches (Kooperation) bzw. als förderndes Mitglied nennen zu lassen.

Firma/Verband/Kooperation: _____

Vor- und Nachname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. _____ Fax: _____

Mobil _____

E-Mail: _____

- Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten auch an andere Verbandsorgane (Vorstand und Kooperationen-Beirat) und Verbandsmitglieder weitergegeben werden.

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu oben genannten Zwecken verarbeitet und gespeichert werden. Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen und der Verarbeitung meiner Daten zu genannten Zwecken jederzeit widersprechen z.B. per formloser Email an office@bvdak.de. Die Daten werden bei Widerspruch oder zwei Jahre nach Austritt gelöscht, sofern keine gesetzlichen Bestimmungen dem entgegenstehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den BVDAK e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVDAK e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Ort / Datum _____

Unterschrift / Stempel