

Aufnahmeantrag Förderpartner

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im **Bundesverband Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer e.V.** als Fördermitglied. Mit dem Antrag erkenne ich die Satzung des BPAV an. Ich bin bereit, öffentlich für die Ziele des BPAV einzutreten und mich auf der Webseite des BPAV als förderndes Mitglied nennen zu lassen.

Name, Vorname	
Unternehmen	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Mobil	
Fax	
E-Mail	

Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten verarbeitet und gespeichert werden. Die Schutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden selbstverständlich eingehalten.

Mitglieder/Beiträge	Aufnahmegebühr	Beitrag
Blisterzentren/Blisterunternehmen mit Aussicht auf Zulassung nach AMG § 13	1.000 €	1.750 €
Assoziierte Mitglieder (Förderpartner mit Zugang zur Mitgliederversammlung)	entfällt	5.000 €
Förderpartner (kein Zugang zur Mitgliederversammlung)	entfällt	3.000 €
Kooperationspartner aus dem Apothekenumfeld (Kooperationen und Unterstützer der PAV)	entfällt	1.000 €

Abbuchungsauftrag (optional)

Ich erteile die Vollmacht, den Jahresbeitrag für meine Mitgliedschaft im BPAV e.V. von meinem Konto abzubuchen. Dieser Erlaubnis gilt für die Dauer meiner Mitgliedschaft im BPAV e.V.

Kontoinhaber	
Name der Bank	
IBAN	
BIC	

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel