

Antwort: Email: berlin@blisterverband.de

**Aufnahmeantrag Kooperationspartner**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im **Bundesverband Patientenindividueller Arzneimittelverblisterer e.V.** als Kooperationspartner. 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 Kooperationspartner nennen zu lassen.

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Unternehmen</b>	
<b>Straße</b>	
<b>PLZ</b>	
<b>Ort</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Mobil</b>	
<b>Fax</b>	
<b>E-Mail</b>	

**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.

<b>Kontoinhaber</b>	
<b>Name der Bank</b>	
<b>IBAN</b>	
<b>BIC</b>	

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel