

## Aufnahmeantrag als Kommanditist der invida GmbH & Co.KG

Hiermit stelle ich den Antrag  
als **Kommanditist der invida GmbH & Co.KG** aufgenommen zu werden.

Titel, Vor- und Nachname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Konfession:	
Familienstand:	

**Durch die Unterzeichnung erkläre ich die Zustimmung zu dieser Vereinbarung.**

Ort

Datum

Unterschrift

Der einmalige Kommanditanteil von 3.000,00 Euro ist sofort nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung zu zahlen an die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE 18 3006 0601 0007 7281 15

Den Antrag senden Sie bitte unterschrieben an:

**an den Geschäftsführer + Treuhänder Carlo Malcher  
invida GmbH & Co. KG, Friedrich-Wilhelm-Str. 23, 54290 Trier,  
oder per Fax an: 06583 – 985823  
oder per Mail [c.malcher@invida-apotheken.de](mailto:c.malcher@invida-apotheken.de)**