

# Einzugsermächtigung für den invida Apotheken e.V.

Hiermit ermächtige ich den Verein invida Apotheken e.V., ab dem / / 201 die fälligen monatlichen Vereinsbeiträge von derzeit 80,00 € bis auf Widerruf von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.  
Gläubiger-Identifikationsnummer invida Apotheken e.V. DE77ZZZ00001342130

## Mitglied-Informationen

Apothekenname:

Titel, Vor- und Nachname:

Straße, Hausnummer:

PLZ und Ort:

Telefon-Nummer:

Fax-Nummer:

eMail-Adresse:

## Konto-Information

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC, Geldinstitut, Ort

## Freiwillige weitere Angaben für Mitgliederliste

Warenwirtschaftssystem:

Hauptgroßhandel:

Evtl. Nebengroßhandel:

BGA-Nummer:

**invida Apotheken e.V.**, eingetragen beim Amtsgericht Wittlich, Registernummer VR 40271

1. Vorsitzender: Michael Raber, Friedrich-Wilhelm-Str. 23, 54290 Trier

Bankverbindungen: IBAN: DE 35 3006 0601 0007 3474 72, BIC: DAAEDEDXXX, Apotheker und Ärztebank

**einmalige Aufnahmegebühr von 1.000,00 € ist nach Unterzeichnung sofort zahlbar**

**Durch die Unterzeichnung erkläre ich die Zustimmung zu dieser Einzugsermächtigung**

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

**Diese Einzugsermächtigung bitte unterschreiben an den invida Apotheken e.V.**  
**Fax-Nr.: 06581 / 985823, per Mail [c.malcher@invida-apotheken.de](mailto:c.malcher@invida-apotheken.de) oder per Post an:**  
**invida Apotheken e.V., Herrn Carlo Malcher, Friedrich-Wilhelm-Strasse 23, 54290 Trier**