

Beitrittserklärung

zum Förderverein Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig e. V.

Förderverein
Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig e. V.
Eilenburger Straße 3
04317 Leipzig

Email: museum@sav-net.de
Fax: (03 41) 33 65 2-10

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Förderverein
Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig e. V.
Der durch die Mitgliederversammlung festgelegte Mindestbeitrag beträgt
100,- Euro, für Rentner 50,- Euro.

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Anschrift

E-Mail

Datum/Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, meine zu entrichtenden Zahlungen
von.....Euro wegen Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos:

IBAN

BIC

Kreditinstitut

mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens
des kontoführenden Kreditinstituts (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum

Unterschrift/Stempel