

Beitrittserklärung

zum Förderverein Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig e. V.

Förderverein
Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig e. V.
Postfach 100 552

04005 Leipzig

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
75,- Euro, für Rentner 40,- Euro.

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Anschrift

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:

Kontonummer

Bankleitzahl

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