

# Beitrittserklärung

zum Förderverein Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig e. V.

Förderverein  
Sächsisches Apothekenmuseum Leipzig e. V.  
Thomaskirchhof 12  
04109 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  
80,- Euro, für Rentner 45,- 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
-------	----------------------