



Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e.V.

Aufnahmeantrag / Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im BVKA Bundesverband klinik- und heimversorgender Apotheker e.V. (Vereinsregister: Amtsgericht Frankfurt am Main, Nr. 8942, Gläubiger-ID: DE30ZZZ00001213772):

Name Vorname Geburtsdatum

Name der Apotheke

PLZ Ort Straße / Haus-Nr.

Tel.: Vorwahl / Festnetz E-Mail-Adresse

Meine Apotheke ist in folgenden Bereichen aktiv:

- Heimversorgung Klinikversorgung Substitutionsversorgung Palliativversorgung

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 250 € jährlich. Wer in mehreren Versorgungsbereichen tätig ist, wird gebeten, einen Mitgliedsbeitrag zu zeichnen, der der Anzahl der Versorgungsbereiche sowie dem Umfang der Aktivitäten angemessen Rechnung trägt. Der BVKA empfiehlt für die Bereiche Heim- und Klinikversorgung, je nach wirtschaftlicher Bedeutung für die Apotheke, einen Beitrag von je 250 - 500 €, für die Bereiche Substitutions- und Palliativversorgung je 250 €. Apotheken-Mitarbeiter entrichten einen Beitrag von 100 € pro Jahr.

Ich stufe mich für den jährlich zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag wie folgt ein:

Mitgliedschaft Apotheken-Inhaber

- 250 € Beitrag p.a. 500 € Beitrag p.a. 750 € Beitrag p.a. 1000 € Beitrag p.a.

Mitgliedschaft Apotheken-Mitarbeiter

- 100 € Beitrag p.a.

Hiermit ermächtige ich den BVKA, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BVKA auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

I B A N B I C

Konto-Inhaber

Ich erkenne die Satzung und Ordnungen des BVKA an. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke des BVKA nach dem Bundesdatenschutzgesetz erkläre ich mich einverstanden. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ort / Datum Apotheken-Stempel Unterschrift