

Aufnahmeantrag auf Mitgliedschaft invida Apotheken e.V.

- Hiermit stelle ich einen Antrag **auf Voll-Mitgliedschaft** in den invida Apotheken e.V.
- Hiermit stelle ich einen Antrag **auf Schnuppermitgliedschaft** in den invida Apotheken e.V.
Diese Mitgliedschaft ist kostenlos und auf max. 3 Monate begrenzt.

invida Apotheken e.V., eingetragen beim Amtsgericht Wittlich, Registernummer VR 40271
1. Vorsitzender: Michael Raber, Friedrich-Wilhelm-Str. 23, 54290 Trier

Apothekenname:	
Titel, Vor- und Nachname:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefon-Nr.:	
Fax-Nr.:	
eMail-Adresse:	
Homepage-Adresse:	http://

Ich stimme zu, dass - bei der Aufnahme in den invida Apotheken e.V. - meine Daten im Rahmen von Firmen- und Großhandlungsverhandlungen veröffentlicht werden dürfen. Außerdem werde ich mit meinen Daten auf der Homepage des invida Apotheken e.V. genannt.
Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich ohne Angaben von Gründen gegenüber dem invida Apotheken e.V. widerrufen werden. Diese Vereinbarung gilt nicht bei der Schnuppermitgliedschaft.

Durch die Unterzeichnung erkläre ich die Zustimmung zu dieser Vereinbarung bzw. stelle den Antrag auf eine Schnuppermitgliedschaft.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

Diesen Aufnahmeantrag bitte unterschreiben und an den invida Apotheken e.V.

**Fax-Nr.: 06581 / 985823, per Mail c.malcher@invida-apotheken.de oder per Post an:
invida Apotheken e.V., Herrn Carlo Malcher, Friedrich-Wilhelm-Strasse 23, 54290 Trier**

Interner Vermerk (wird vom invida e.V. ausgefüllt)

Mitglied aufgenommen am: _____

Bearbeitet von: _____