



Alumni
Pharm

ANMELDEFORMULAR

BRAUNSCHWEIG

Technische Universität
Braunschweig

An den Vorstand

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Verein: Alumni der Pharmazie in Braunschweig der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig e. V.

Alumni der Pharmazie in Braunschweig
der Technischen Universität Carolo-
Wilhelmina zu Braunschweig e. V.
c/o Institut für Medizinische und
Pharmazeutische Chemie

Beethovenstr. 55
38106 Braunschweig
Deutschland

Vorname*: _____

Nachname*: _____ oder Firma: _____

(Bitte Ansprechpartner links eintragen.)

ggf. Geburtsname: _____

Mail: info@alumnipharmbs.de
FAX: +49 (0) 531 391 2799
<http://www.alumnipharmbs.de>

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

E-Mail*: _____

Examensjahr: _____
(2. Staatsexamen)

- Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir unten näher bezeichneten zu entrichtenden Forderungen bei Fälligkeit zu Lasten des unten angegebenen Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Mitgliedsbeitrag*: _____ €/Jahr (mind. 24 €/Jahr)
(Vor dem Erhalt der Approbation gilt eine Beitragsbefreiung.)

Kontoinhaber, wenn abweichend vom Antragsteller: _____

Bank*: _____

IBAN *: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC*: | | | | | | | | | | | | | | | |

Datum, Unterschrift: _____

*) Pflichtfelder

Wenn Sie eine Spendenquittung wünschen (Für Beiträge über 200 €. Unter 200 € ist die Vorlage der Überweisung beim Finanzamt ausreichend.), benötigen wir auch Ihre Postalische Adresse.