

# Aufnahmeantrag

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Apothekenname: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nummer: \_\_\_\_\_ Eintritt: \_\_\_\_\_

(wird eingesetzt)

(wird eingesetzt)

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

(bei mehreren Institutionskennzeichen bitte ALLE angeben)

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Postfach: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Bankverbindung:

IBAN (Konto-Nr.): DE \_\_\_\_\_

BIC (BLZ): \_\_\_\_\_

**Mitglied:** Eigentümer/ Pächter/ Verwalter  
(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Neueröffnung/ Übernahme  
(bitte Zutreffendes unterstreichen)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum der Approbation

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als Mitglied in den **Bundesverband Deutscher Großhandelsapotheker e.V.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Apothekenstempel