DAAB-Netzwerk exklusiv
Apotheken

Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.

Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V.
An der Eickesmühle 15-19
41238 Mönchengladbach

An der Eickesmühle 15-19
41238 Mönchengladbach
Fon (0 21 66) 647 88 20
Fax (0 21 66) 647 88 80
www.daab.de
E-Mail: info@daab.de

oder per Fax an: (0 21 61) 647 88 80

☐ Ich beantrage die Mitgliedschaft im Apotheken-Netzwerk des Deutschen Allergie- und Asthmabund e.V. für

☐ 120 Euro ☐ freiwillig erhöht auf _____ Euro

Name/Vorname _____

Anschrift _____

_____

_____

_____

Fon _____ Fax _____

E-Mail _____ Internet _____

☐ **Den jährlichen Beitrag zahle ich/zahlen wir per Einzugsermächtigung**

_____

Vorname/Name des Kontoinhabers

_____ _____

Bankleitzahl Konto-Nummer

_____ _____

IBAN BIC

☐ **überweise ich/überweisen wir auf eines der folgenden Konten**

SSK Mönchengladbach, Kto: 240 325, BLZ: 310 500 00 – BIC: MGLSDE33, IBAN: DE03 3105 0000 0000 2403 25

Gladbacher Bank AG, Kto: 15 359 021, BLZ: 310 601 81 – BIC: GENODED1GBM, IBAN: DE74 3106 0181 0015 3590 21

Die Mitgliedschaft gilt jeweils für zwölf Monate und beginnt mit dem Eintrittsmonat. Sie Verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht drei Monate vor Ablauf des Mitgliedsjahres eine schriftliche Kündigung an die DAAB-Geschäftsstelle gerichtet wird. Der Beitrag ist steuerlich absetzbar.

_____

Ort, Datum Unterschrift/Firmenstempel