

Änderungsmitteilung

Mitgliedsnummer:

Status:

Mitgliedsbeitrag:

<u>Anschrift (Beitragsrechnung/Spendenquittung)</u>	<u>Dienstanschrift/Studiumsanschrift</u>
<u>Anschrift (Beitragsrechnung/Spendenquittung)</u>	<u>Dienstanschrift</u>
Name: _____	Name: _____
Titel: _____	Titel: _____
Firma: _____	Firma: _____
Straße: _____	Straße: _____
Zusatz: _____	Zusatz: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Mobilfunk: _____	Mobilfunk: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Fax: _____	Fax: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____

4

Neuer Mitgliedsstatus: Ordentliches Mitglied Studentisches Mitglied Korporatives Mitglied (Körperschaft/Firma)

Datum/Ort

Unterschrift

Einzugsermächtigung (verwendbar auch für Änderungen der Bankverbindung)

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Pharmazie Greifswald e. V. , von meinem Bankkonto im Rahmen des Einzugsverfahrens den Mitgliedsbeitrag abbuchen zu lassen. Diese Einzugsermächtigung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Kontoinhaber: _____ Name der Bank: _____

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Vorsitzender: Mirko Koziolk
Stellv. Vorsitzender: Dr. rer. nat. Marcus Freitag
Finanzen: Monika Schmied

Bank: Volksbank Raiffeisenbank eG
Konto: 111 663 0
BLZ: 150 616 38
IBAN: DE47 1506 1638 0001 1166 30
BIC: GENODEF1ANK

Eingetragen beim Amtsgericht Greifswald
Vereinsregister VR 0773
Steuernummer: 084/141/06081