



Akademischer Fachverein
Österreichischer Pharmazeut_innen
Althanstraße 14 / UZA 2, 1090
WIEN
email: treasurer@afop.at
ZVR: 249972389

Creditor Identifier (CID) des Zahlungsempfängers

AT94ZZZ00000055668

Mandatsreferenz - vom Zahlungsempfänger auszufüllen

BEITRITTSERKLÄRUNG UNTERSTÜTZENDE MITGLIEDSCHAFT

Ja, ich möchte den Akademischen Fachverein Österreichischer Pharmazeut_innen durch einen Beitrag in Höhe von _____ (mindestens 40 €) pro Jahr fördern.

Anrede / Titel _____
Vor-, Nachname / Firma / Organisation _____
Straße / Hausnummer _____
Postleitzahl / Ort _____
Telefon _____
Email _____

Überweisung

IBAN AT864422000000165870

BIC/SWIFT VBOEATWWAPO

Ermächtigung zum Beitragseinzug im Lastschriftverfahren

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben angeführten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrend

Einmalig

Kreditinstitut	BIC
IBAN	

Ich möchte auf der Webseite (www.afop.at) als Fördermitglied namentlich erwähnt werden: Ja Nein

- Ich erkläre mich mit der Erfassung meiner persönlichen Daten als Mitglied des AFÖP einverstanden.
- Weiters erkläre ich meine Zustimmung, dass ich Informationen und Mitteilungen vom AFÖP erhalte.
- Es ist mir bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann. Für den Fall, dass ich mein Einverständnis zurückziehe, werde ich dem AFÖP einen schriftlichen Widerruf übermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift