



## Aufnahmeantrag im Verband innovativer Apotheken e.V.

Hiermit erkläre ich ab ..... als Mitglied im Verband innovativer Apotheken,  
Borussiastr. 20, 12099 Berlin.

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

Firma ..... Straße .....

PLZ ..... Ort .....

Telefon ..... E-Mail .....

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an, diese ist mir ausgehändigt worden. Der aktuelle Jahresbeitrag kann der beiliegenden Beitragsordnung entnommen werden.

.....  
Ort, Datum ..... Unterschrift des Mitglieds  
(der/des gesetzlichen Vertreter/s)

### Erteilung des Sepa-Lastschriftmandats ab 2026

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE .....

Mandatsreferenz/ Mitgliedsnummer: .....

Ich ermächtige den Verband innovativer Apotheken e.V. Ort, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 01.01. jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres am 15. Tag des auf den Eintritt folgenden Monats. Zusammen mit dem ersten Jahresbeitrag wird die Aufnahmegebühr gemäß Beitragsordnung eingezogen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut ..... BIC .....

IBAN ..... Kontoinhaber .....

.....  
Ort, Datum ..... Unterschrift des Mitglieds  
(der/des gesetzlichen Vertreter/s)

**Wir freuen uns auf Sie als neues Mitglied! Ihr erstes Jahr bei via ist beitragsfrei.  
Bitte senden Sie die Beitrittserklärung unterschrieben per Mail an [aufnahme@via.health](mailto:aufnahme@via.health)  
oder per Fax oder Post an obige Adresse. Vielen Dank.**