



**V H A**

VERBAND DER HÄMOPHILIE-APOTHEKEN E.V.

## **Aufnahmeantrag**

im Verband „Verband der Hämophilie-Apotheken“

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt als Mitglied im Verband der Hämophilie-Apotheken als

- Ordentliches Mitglied
  
- Außerordentliches Mitglied

Name

---

Geburtsdatum

---

Apotheke

---

Anschrift  
Straße

---

PLZ

---

Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Vertreter/in der Apotheke im Verband

---

Stellvertretende/r Vertreter/in der Apotheke im Verband

---

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an, diese ist mir ausgehändigt worden. Der aktuelle Jahresbeitrag kann der beiliegenden Beitragsordnung entnommen werden. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag des auf die positive Entscheidung des Vorstands über den Aufnahmeantrag folgenden Monats.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Apothekeninhaber/in