

## Beitrittserklärung Verbund Starke Apotheke n. e. V.

Post:

Verbund Starke Apotheke  
Oberwallstr. 13  
10117 Berlin

E-Mail: [info@starkeapotheke.de](mailto:info@starkeapotheke.de)



Ja, ich möchte ab sofort Mitglied im  
**Verbund Starke Apotheke** werden.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Apotheke: \_\_\_\_\_ Adresse der Apotheke: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
(Pflichtangaben)

Ich bin (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Inhaber einer Apotheke	<input type="checkbox"/> angestellter Apothekenleiter	<input type="checkbox"/> angestellter Apotheker	<input type="checkbox"/> PTA	
<input type="checkbox"/> PKA	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> sonst. Mitarbeiter in Apotheke	<input type="checkbox"/> PhiP	<input type="checkbox"/> Apotheker in Rente

Ich beantrage folgenden Mitgliederstatus: (erstmalige Abbuchung zum 15.3.2021, Details s. Link unten\*)

Ordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag **2000 €**, Aufnahmegebühr 1000 €)

Außerordentliche Mitgliedschaft (Jahresbeitrag **590 €**)

Fördernde Mitgliedschaft (Jahresbeitrag **90 €**)

Ich habe diesem Antrag einen geeigneten Nachweis über meine Beschäftigung in einer deutschen Apotheke beigefügt (Approbationsurkunde, Arbeitsvertrag, Ausbildungsvertrag, Ausbildungszeugnis, Immatrikulationsbescheinigung, sonst. geeigneter Nachweis).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der **Verbund Starke Apotheke** den Mitgliedsbeitrag jährlich wiederkehrend in der satzungsmäßigen Höhe mittels Lastschrift von meinem Konto einzieht.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verbund Starke Apotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann die Erstattung des belasteten Betrags innerhalb von acht Wochen nach Belastungsdatum verlangen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte Rückseite beachten!**

\*Es gilt die auf der Homepage <https://www.starkeapotheke.de/impressum/> hinterlegte **Satzung** und **Beitragsordnung**

Datenschutzerklärung gem. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Ich willige ein, dass der Verbund Starke Apotheke als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, apothekenbezogene Informationen und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzugs und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Der Nachweis über die Beschäftigung in einer deutschen Apotheke nach § 3 lit. a, b und c der Satzung des Verbunds Starke Apotheke wird ausschließlich zur Verifizierung der Antragsberechtigung verwendet. Eine Übermittlung von Teilen dieser Daten an die jeweiligen Apothekerverbände, Apothekerkammern oder sonstiger öffentlicher oder privater Einrichtungen findet nur statt, wenn das Mitglied darauf hingewiesen wurde und das Einverständnis vorliegt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes das Recht auf Auskunft über die personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht sowie die sonstigen Rechte der DSGVO.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich willige ein, dass der Verbund Starke Apotheke meine E-Mail-Adresse und, soweit erhoben, auch meine Telefonnummer(n) zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Eine Übermittlung von E-Mail-Adresse und Telefonnummer an Dritte wird nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich willige ein, dass der Verbund Starke Apotheke den Standort meiner Apotheke (ohne Angabe von Namen, Apotheke, Anschrift) auf der Homepage im Bereich „Der Verbund“ auf der Deutschlandkarte darstellt. Ein Rückschluss auf die personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten ist nicht möglich.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Es gilt die auf der Homepage <https://www.starkeapotheke.de/impressum/> hinterlegte **Satzung, Beitragsordnung** und **Datenschutzerklärung**.