



EINTRITTSERKLÄRUNG

Name: _____

Vorname: _____

Apothekenname: _____

Mitglieds-Nummer: _____ **Eintritt:** _____
(wird vom LAV eingesetzt) (wird vom LAV eingesetzt)

Institutionskennzeichen: _____
(bei mehreren Institutionskennzeichen bitte ALLE angeben)

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Postfach: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

Bankverbindung:

IBAN (Konto-Nr.): DE _____

BIC (BLZ): _____

Datenschutz

Wir verarbeiten Ihre Daten zur Erfüllung unserer Verbandsaufgaben und um Ihnen Informationen zu Produkten und Aktionen, bzw. eigene Produktinformationen von Unternehmen zukommen zu lassen. Des Weiteren stellen wir die Daten unserer Tochtergesellschaft WINA GmbH, dem Dachverband und Kooperationspartnern zur Verfügung, damit auch diese Ihnen Angebote zusenden können. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Mitglied: Eigentümer/ Pächter/ Verwalter
(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Neueröffnung/ Übernahme
(bitte Zutreffendes unterstreichen)

Geburtsdatum

Datum der Approbation

Hiermit erkläre ich meinen Eintritt in den **Landesapothekerverband Niedersachsen e.V.** und gebe mein Einverständnis zu den oben genannten datenschutzrechtlichen Erläuterungen.

Datum, Unterschrift

Apothekenstempel