

APW - Postfach 24 02 22 - 40091 Düsseldorf

Akademie Praxis und Wissenschaft  
In der DGZMK  
z.Hd. Frau Reuter  
Liesegangstr. 17 a  
40211 Düsseldorf

Fax an: 0211 669673-33  
Mail an: apw.reuter@dgzmk.de

Akademie Praxis und  
Wissenschaft der DGZMK  
Gegründet 1974

Akademie Praxis und  
Wissenschaft der DGZMK  
Gegründet 1974

**Geschäftsstelle**

Liesegangstraße 17a  
40211 Düsseldorf

Fon 0211.66 96 73 0  
Fax 0211.66 96 73 33

apw.fortbildung@dgzmk.de  
www.apw.de

**Geschäftsführender Vorstand**

**Vorsitzender**

Prof. Dr. Christian Gernhardt

**Stellvertretender Vorsitzender**

Dr. Markus Bechtold

**Generalsekretärin**

Prof. Dr. Anne Wolowski

## SEPA Lastschriftmandat APW-Erennungsurkunde

die APW-Erennung und die damit verbunden kostenfreie Mitgliedschaft setzt eine Mitgliedschaft in der DGZMK und den erfolgreichen Abschluss eines APW-Curriculums voraus. Für die Ausstellung der Erennungsurkunde wird ein einmaliger Kostenbeitrag in Höhe von 50,00 Euro erhoben.

Ich erfülle beide Voraussetzungen für die APW-Mitgliedschaft:

1. Ich habe erfolgreich ein APW-Curriculum abgeschlossen (Kopie bitte beifügen)
2. Ich bin Mitglied der DGZMK Ich beantrage die DGZMK-Mitgliedschaft (Antrag bitte beifügen)

Als APW-Mitglied erhalten Sie für Ihre Fortbildungsaktivitäten bei der APW attraktive Vorzugspreise. Zur Aufrechterhaltung Ihrer APW-Mitgliedschaft ist es notwendig, innerhalb der nächsten 5 Jahre den Nachweis von mindestens 250 Fortbildungspunkten zu erbringen; damit verlängert sich die Mitgliedschaft um weitere 5 Jahre.

### SEPA Lastschriftmandat/Einzugsermächtigung:

Gläubiger-ID: DE05ZZZ00000506898

Mandatsreferenz: APW Gebühr

Ich ermächtige die DGZMK, die einmalige APW-Zahlung in Höhe von **50,00 Euro** für die APW-Erennungsurkunde von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGZMK eingezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Praxisadresse      Privatadresse

Name/Titel Antragsteller: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Genauere Bezeichnung des Geldinstituts: \_\_\_\_\_

Name Kontoinhaber, falls abweichend: \_\_\_\_\_

Stempel/Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

**Geschäftsführender Vorstand DGZMK**  
Präsident : Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang  
Vizepräsident: Dr. Bijan Vahedi M.Sc.  
Generalsekretärin: Prof. Dr. Anne Wolowski

Sitz: Düsseldorf  
Amtsgericht: Düsseldorf  
VR 4217  
USt.-IdNr. DE192896877

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE51 3006 0601 0001 0867 07  
BIC : DAAEDEDXXX

