

<b>Einzelperson (natürliche Person)</b>
Name:
Vorname:
Titel:
Straße, PLZ, Ort:
E-Mail:
Tel.:

<b>Institution/Organisation/Unternehmen (juristische Person)</b>
Name:
vertreten durch (Titel, Vorname, Name):
Position:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.
E-Mail:

<input type="checkbox"/> Ich unterstütze das APS als <u>ordentliches Mitglied</u> . Der Jahresbeitrag beträgt 85,00 €. oder
<input type="checkbox"/> Ich unterstütze das APS als <u>Fördermitglied</u> mit einem Jahresbeitrag i. H. v. (mind. 170,00 €) _____ €

<input type="checkbox"/> Wir unterstützen das APS als <u>ordentliches Mitglied</u> . Der Jahresbeitrag beträgt 500,00 € oder
<input type="checkbox"/> Wir unterstützen das APS als <u>Fördermitglied / Premiumpartner</u> mit einem Jahresbeitrag i.H.v. (mind. 1.000,00 €) _____ €

\* 35,00 Euro für Auszubildende, Studenten, Rentner und  
Arbeitslose bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung

**Die Zahlung des Mitgliedsbeitrags erfolgt per:**

**SEPA-Lastschrift (bitte Folgeseite ausfüllen)**

oder

**Überweisung nach Rechnungslegung**

**Rechnungsanschrift (falls abweichend)**


Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins, insbesondere der Kodex für die Zusammenarbeit mit  
Wirtschaftsunternehmen sowie die Lizenzvereinbarung zur Nutzung des APS-Logos. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift / bei juristischen Personen außerdem Stempel

**Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag per E-Mail, Fax oder Post an das Aktionsbündnis  
Patientensicherheit e.V., Am Zirkus 2, 10117 Berlin, Fax-Nr. +49 (0)30 3642 816 11, info@aps-ev.de.**

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate

Sparkasse KölnBonn

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

**Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V**

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

**Am Zirkus 2**

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

**10117 Berlin**

Land / Country:

**Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

**DE53APS00000151402**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\*

\* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.  
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: