

Antrag auf Mitgliedschaft

M _____

E _____

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft

- Geschäftsstelle -

Varrentrappstr. 40-42

60486 Frankfurt am Main

A _____

(bitte nicht ausfüllen)

mitgliederverwaltung@dphg.de

Ich beantrage meine Aufnahme in die DPhG als:

- Ordentliches Mitglied (Beitrag EUR 75)
- Studentisches Mitglied - Student(in), Praktikant(in), Doktorand(in) (Beitrag EUR 30)
Bitte Studienbescheinigung beifügen
- Ruhestandsmitglied (Beitrag EUR 35)
- Familienmitglied - als weiteres Mitglied innerhalb einer Familie (Beitrag EUR 35)
- Förderndes Mitglied - Körperschaft/Firma (Mindestbeitrag EUR 400)

Ihre Daten werden nach den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verarbeitet.

Frau Herr

Titel/Akad. Grad/Berufsbezeichnung _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Land _____

Privatanschrift

Dienstanschrift

Straße/Postfach _____

PLZ/Ort _____

Tel. (_____) _____

(_____) _____

Fax (_____) _____

(_____) _____

E-Mail _____

Alle Mitteilungen bitte an meine

Privatanschrift

Dienstanschrift

Datum _____ Unterschrift _____