

Antrag auf Mitgliedschaft

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft
- Geschäftsstelle -
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main

M _____

E _____

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

Straße/Postfach _____

PLZ/Ort _____

Tel. (_____) _____

Fax (_____) _____

E-Mail _____

Alle Mitteilungen bitte an meine ☐ Privatanschrift

Dienstanschrift

(_____) _____

(_____) _____

☐ Dienstanschrift

Datum _____ Unterschrift _____