

Aufnahme-Antrag

Name		Vorname		Geburtsdatum	
<input type="checkbox"/>	Approbation als Arzt (Humanmedizin)			Ort	Jahr
<input type="checkbox"/>	Facharztanerkennung	Bezeichnung		Ort	Jahr
<input type="checkbox"/>	Andere Hochschul- ausbildung	Art der Ausbildung		Ort	Jahr
		Art des Abschlusses		Ort	Jahr
<input type="checkbox"/>	Titel	Bezeichnung		Ort	Jahr
Tätigkeit in: <input type="checkbox"/> Pharmazeutisches Unternehmen <input type="checkbox"/> CRO <input type="checkbox"/> Sonstiges					

Korrespondenzadresse (bitte nur eine Version ankreuzen) <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Firma	
Privatanschrift	Firma _____
_____ Straße	_____ Straße
_____ PLZ, Ort	_____ PLZ, Ort
_____ Tel./Fax	_____ Tel./Fax
_____ E-Mail Adresse (bitte deutlich schreiben)	_____ Position

Meinen beruflichen Lebenslauf sowie die entsprechenden Nachweise meiner Hochschulausbildung (Kopie der Hochschulabschluss- bzw. Approbationsurkunde sowie ggf. der Promotion) habe ich beigefügt. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten gespeichert werden und in einem Mitgliederverzeichnis aufgeführt werden. Ich versichere, dass ich obige Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und bitte um die Aufnahme in die DGPharMed. Die Satzung der Gesellschaft erkenne ich an. Die Mitgliedschaft kann jederzeit zum 31. Dezember eines Jahres gekündigt werden.

Ort	Datum	Unterschrift
<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (ermöglicht den reduzierten Jahresbeitrag: EUR 75.- statt EUR 110.-)		
Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V. · DGPharMed, jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtende Beitragszahlung bei Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos mittels Lastschrift einzuziehen:		_____ Name des Kontoinhabers
Bank-Verbindung der DGPharMed: Deutsche Bank Düsseldorf · Konto: 832 06 65 · BLZ: 300 700 24		_____ Konto-Nummer
		_____ Name des Geldinstituts
		_____ Bankleitzahl (BLZ)
Ort	Datum	Unterschrift (Kontoinhaber)

<input type="checkbox"/> Adressänderung	
_____ Name	_____ Mitgliedsnummer
_____ Neue Anschrift	
_____ _____	

► Bitte ausfüllen und schicken, bzw. faxen an:

DGPharMed e.V. Geschäftsstelle
Olschewskibogen 7
80935 München
Telefon: 089/354 99 823
Fax: 089/354 99 825
E-Mail: info@DGPharMed.de
www.DGPharMed.de