

Mitgliedsantrag



DGPharMed
Deutsche Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DGPharMed – Deutschen Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V. Bitte per Fax an 0211 417 439 149 oder E-Mail an info@dgpharmed.de

<input type="checkbox"/> Approbation als Arzt/Ärztin (Humanmedizin)	Ort	Datum	
<input type="checkbox"/> Facharztanerkennung	Bezeichnung	Ort	Datum
<input type="checkbox"/> Andere Hochschulausbildung	Art der Ausbildung	Ort	Datum
	Art des Abschlusses	Ort	Datum
<input type="checkbox"/> Titel	Bezeichnung	Ort	Datum

Meinen **beruflichen Lebenslauf** sowie die entsprechenden **Nachweise meiner Hochschulausbildung** (Kopie der Hochschulabschluss- bzw. Approbationsurkunde sowie ggf. der Promotion) habe ich beigelegt. 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.

Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 90 ZZZ 0000 290 901

Einzugsermächtigung (gilt nur innerhalb von Deutschland)

Hiermit ermächtige ich die Deutschen Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Firmenname (nur, falls es sich um eine Geschäftsadresse handelt)	Abteilung	
Straße	PLZ Ort	
Telefon	Fax	
E-Mail		
IBAN	SWIFT/BIC	

Ort, Datum Unterschrift/Stempel