

Antrag auf Mitgliedschaft

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

M _____

E _____

A _____

(bitte nicht ausfüllen)

(Email: info@dphg.de)

Ich beantrage meine Aufnahme in die DPhG als:

Mitgliederaktion 2024

- 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 Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

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 _____