

An die _____

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft
Geschäftsstelle

Hamburger Allee 26 - 28
60486 Frankfurt/Main

Ich beantrage Mitgliedschaft als: ordentliches Mitglied (Beitrag 75.- Euro)
 studentisches Mitglied (Beitrag 30.- Euro)
 Rentner (Beitrag 35.- Euro)
 Förderndes Mitglied (Beitrag 400.- Euro)

Frau Herr

Titel/Akad.
Grade/Berufsbezeichnung _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Land _____

Privatanschrift:

Dienstanschrift:

Straße/Postfach _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

Email _____

Mitteilungen bitte an meine Privatanschrift

Dienstanschrift

Datum _____

Unterschrift _____