

Vorstand

Christian Rogler
Dt. Ges. für Klinische Pharmazie e.V.
Apotheke der Kreisklinik Roth

Weinbergweg 14

91154 Roth

Isabel Waltering
Institut für Pharmazeutische und
Medizinische Chemie der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster
Corrensstr. 48
D - 48149 Münster
E-Mail: waltering@pharmd.de

Sie können diesen Aufnahmeantrag falten und im Fensterbriefumschlag zurückschicken.

Bitte füllen Sie diesen Antrag vollständig aus. Ihre Angaben werden in einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage gespeichert und ausgewertet. Sie werden nur für Schriftwechsel und Mitgliederverzeichnis verwendet. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Aufnahmeantrag

Ich bitte um Aufnahme als ordentliches Mitglied entsprechend §3 der Satzung in die Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmazie (DGKPha) e.V.

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Geburtsdatum _____

Anschrift dienstlich

Anschrift privat

Klinik/Firma _____

Straße/Postfach _____

Position _____

PLZ Ort _____

Straße/Postfach _____

Telefon _____

PLZ Ort _____

Fax _____

Telefon _____

e-Mail _____

Fax _____

e-Mail _____

Post an

Jahresbeitrag für

- Privatanschrift
- Dienst-Anschrift

- Einzelpersonen (20.- €)
- Firmen und Institutionen (250.- €)

Beitragszahlung per Lastschriftinzug (Antrag bitte mit der Post zusenden)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE38ZZZ00000794103

Mandatsreferenz: Diese wird Ihnen nach der Bearbeitung ihres Antrages mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmazie e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Klinische Pharmazie e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____ | ____

Geldinstitut: _____

- Beitragszahlung durch Überweisung nach Eingang einer Rechnung

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Mitteilungen der DGKPha und DGKPha-NEWS

Die offiziellen Mitteilungen der DGKPha sowie die Publikationen in den DGKPha-NEWS erfolgen über eine Rubrik in der **Medizinischen Monatsschrift für Pharmazeuten**.

Sie können diese Zeitschrift zu begünstigten Konditionen beziehen (s. unten). Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden Möglichkeiten aus und teilen Sie mir ihre Entscheidung per Post, Fax oder e-Mail mit.

Christian Rogler
Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmazie e.V.
Apotheke der Kreisklinik Roth
Weinbergweg 14
91154 Roth
Tel.: 09171 802 280
Fax: 09171 802 283
E-mail: c.rogler@kreisklinik-roth.de

- Ich bestelle hiermit die MMP zum Vorzugspreis für DGKPha-Mitglieder zuzüglich Versandkosten.
- Ich bin bereits Abonnent der MMP, bitte stellen Sie mein Abo auf den Vorzugspreis für DGKPha-Mitglieder zuzüglich Versandkosten um.
- Ich bin bereits Abonnent der DAZ, bzw. ÖAZ. Ich bestelle hiermit die MMP zum Vorzugspreis zuzüglich Versandkosten. Bitte geben Sie nachfolgend Ihre Kundennummer beim DAV an.
- Ich möchte kein Abonnement der MMP. Bitte informieren Sie mich auch in Zukunft direkt.

Kundennummer DAV: _____

Bezugsbedingungen der Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten

Internet: www.mmp-online.de
Erscheinungsweise: monatlich