

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

Weinbergweg 14

91154 Roth

### Der Vorsitzende

Prof. Dr. rer. nat. Thilo Bertsche  
UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät  
Institut für Pharmazie  
Klinische Pharmazie und  
Pharmazeutische Pharmakologie  
Brüderstraße 32  
04103 Leipzig  
Tel.: 0341 9736600  
E-Mail:  
klinische.pharmazie@uni-leipzig.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

Klinik/Firma \_\_\_\_\_

Position \_\_\_\_\_

Straße/Postfach \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

### Anschrift privat

Straße/Postfach \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

### Post an

- Privatanschrift  
 Dienst-Anschrift

### Jahresbeitrag für

- 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](mailto: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](http://www.mmp-online.de)

Erscheinungsweise: monatlich