

An die \_\_\_\_\_

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft  
Geschäftsstelle

Varrentrappstraße 40-42  
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 \_\_\_\_\_