



Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmazie e.V.

Dr. Anton Bär
Deutsche Gesellschaft für
Klinische Pharmazie e.V.

Lohengrinstraße 17
91126 Schwabach

1. Vorsitzender
Prof. Dr. Thilo Bertsche
Klinische Pharmazie
Institut für Pharmazie
Universität Leipzig
Eilenburger Str. 15a
04317 Leipzig
Tel.: 0341 9736 604
Fax 0341 9736 609
e-mail: thilo.bertsche@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

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

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.

Dr. Anton Bär
Deutsche Gesellschaft für Klinische Pharmazie e.V.
Lohengrinstraße 17
91126 Schwabach

Tel.: 09122 74981
Fax:
Email: anton.baer@dgkpha.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 (Auszug (Deutschland); Stand 2016; Preisänderungen vorbehalten)

Erscheinungsweise: monatlich

Abonnement jährlich: € 175,00; Vorzugspreis für DGKPha-Mitglieder jährlich: € 146,00;

Zusatzabonnement für Bezieher der "Deutschen Apotheker Zeitung" oder der "Österreichischen Apotheker Zeitung" jährlich: € 128,00; Preis für DGKPha-Mitglieder jährlich: € 128,00;

Studenten jährlich: € 35,70;

alle Preise zzgl. Versandkosten: Inland € 21,90, Ausland € 48,00;

Einzelheft: € 16,00 versandkostenfrei;

alle Preise inklusive MwSt.

Internet: www.medmopharm.de