

DGOP Mitgliedschaftsformular für neue Mitgliedschaft oder jährliche Beitragszahlung

Bitte füllen sie alle Abschnitte aus (Bitte deutlich schreiben)

Nachname:	Vorname:	Titel:
------------------	-----------------	---------------

Bevorzugte Adresse: Dies ist meine: Firmenadresse private Adresse

Institution/Organisation (nur angeben wenn Firmenadresse verwendet wird)		Abteilung
Strasse	Postfach	PLZ
Stadt	Telefon	Fax
E-Mail	Bundesland	

Bevorzugte Methode für Kommunikation (bitte ankreuzen) Post Fax E-Mail

Beruf: Apotheker PTA Sonstiges _____

Arbeitsbereich (Sie können mehr als einen Kasten ankreuzen)

1. **Krankenhausapotheke**
 Onkologie Hämatologie Palliative Pflege Pädiatrie Andere _____
2. **Zytostatika Herstellung** Krankenhaus Industrie Andere _____
3. **Forschung** Bereich der Forschung _____
4. **Fort-/ Weiterbildung** 5. **Management** 6. **Informationstechnologie**
7. **Öffentliche Apotheke** 8. **Sonstiges** _____

Mitgliederverzeichnis

Bitte verwenden Sie meinen Namen und Adresse **nicht** auf Mitgliederlisten.

Jährliche Beitragszahlung

Mitgliedschaft in der DGOP e.V. (und damit auch im ESOP):

Apotheker, Ärzte und andere Berufe **50,00 €**

PTA, PKA und Rentner 25,00 €

Sonstige: **5,00 €** (z.B. ohne Einkommen, Studium, Erziehungsurlaub bzw. Mutterschutz)

Möchten Sie auch Mitglied im **ISOPP** werden, wird folgender Mitgliedsbeitrag fällig: (Bitte ankreuzen)

<i>Ja, ich möchte auch im ISOPP Mitglied werden</i>	<i>Land</i>	<i>Beitrag DGOP €</i>	<i>Beitrag ISOPP €</i>	<i>Gesamt €</i>
<input type="checkbox"/>	Deutschland	50,00	95,00	145,00

Sind Sie daran interessiert, sich an eines der folgenden ISOPP Komitees anzuschließen?

(Nur bei ISOPP-Mitgliedschaft (Sie können mehr als einen Kasten ankreuzen)

Fortbildung Mitgliedschaft und Finanzen Veröffentlichungen Standards Forschung

Zahlungsmethode für die Gesamtsumme _____

Überweisung in € an die Apotheker- und Ärztebank, Deutschland; BIC DAAEDEDXXX ; IBAN DE89 3006 0601 0004 2792 63

Lastschriftverfahren – bitte senden Sie ein Formular an meine Adresse!

VISA/DINERS AMEX Mastercard

Nummer:																					Gültig bis:										
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum: _____

Unterschrift: _____

Senden Sie bitte das Formular an die DGOP-Mitgliederbetreuung:

DGOP e.V. Petra Janssen
Veritaskai 6
21079 Hamburg, Deutschland

E-Mail: mitgliederservice@dgop.org
Tel: +49 40 466 500 300
Fax: +49 40 466 500 100