

DGOP-Antragsformular für eine neue Mitgliedschaft

Bitte füllen sie alle Abschnitte aus (Bitte deutlich schreiben)

Nachname:	Vorname:	Titel:
Bevorzugte Adresse: Dies ist meine: <input type="checkbox"/> Firmenadresse <input type="checkbox"/> private Adresse		
Institution/Organisation (nur angeben, wenn Firmenadresse verwendet wird)		Abteilung
Strasse	Postfach	PLZ
Stadt	Telefon	Fax
E-Mail	Bundesland	

Beruf: Apotheker PTA Sonstiges _____

Arbeitsbereich (Sie können mehr als einen Kasten ankreuzen)

1. **Krankenhausapotheke**
 Onkologie Hämatologie Palliative Pflege Pädiatrie Andere _____
2. **Zytostatika Herstellungsbetrieb**
3. **Forschung** Bereich der Forschung _____
4. **Zytostatika-Herstellung** Krankenhaus Industrie Andere _____
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 **70,00 €**

PTA, PKA und Rentner 35,00 €

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

Zahlungsmethode für die Gesamtsumme _____

- Rechnung
- Lastschriftverfahren – bitte senden Sie ein Formular an meine Adresse
- Kreditkarte – bitte senden Sie mir einen Zahlungslink per E-Mail zu

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