

An den Vorstand des
Deutschen Arzneiprüfungsinstituts e.V.
Unter den Linden 19-23

10117 Berlin

Fax: (030) 40004-573

Absender:

Name

Apotheke

Straße

PLZ Stadt

Tel./Fax

E-Mail

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit wird die Mitgliedschaft im Deutschen Arzneiprüfungsinstitut e.V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt beantragt.

Der Jahresbeitrag in Höhe von **EUR 75,--**

- soll im Lastschriftverfahren eingezogen werden. Das SEPA-Lastschriftmandat sende ich an die Buchhaltung des Deutschen Arzneiprüfungsinstituts e.V. (DAPI), Carl-Mannich-Straße 26, 65760 Eschborn.
- soll mir in Rechnung gestellt werden (Rechnungsanschrift siehe oben).

Ort und Datum

Unterschrift