



An den Vorstand des Vereins
Deutsches Arzneiprüfungsinstitut e.V.
Carl-Mannich-Straße 26

65760 Eschborn

Fax: 06196 928-813

Absender:

Name

Apotheke

Straße

PLZ Stadt

Tel./Fax.

e-mail

Antrag auf Mitgliedschaft

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

Der Jahresbeitrag in Höhe von **EUR 25,--**

soll im Lastschriftverfahren eingezogen werden.

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

Kontoführendes Institut: _____

Ort und Datum

Unterschrift

*Spendenkonto:
DAPI e. V.,
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Frankfurt am Main,
BLZ 500 906 07, Konto-Nr. 000 141 98 03*