

An den Vorstand des  
Deutschen Arzneiprüfungsinstituts e.V.  
Heidestraße 7  
10557 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 75,00**

- 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