

Alumni und Freunde der Pharmazeutischen Institute der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main e.V.

Aufnahmeantrag

**Alumni u. Freunde der Pharmazeutischen
Institute der Johann Wolfgang Goethe-Universität**

c/o Institut für Pharmazeutische Chemie
Max-von-Laue-Str. 9
60438 Frankfurt am Main

E-Mail: info@frankfurter-pharmazie.de

**Ich bitte um Aufnahme in den gemeinnützigen Verein Alumni und Freunde der
Pharmazeutischen Institute der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am
Main e.V. als**

Ordentliches Mitglied

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnr.

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail

.....
Telefon

Student (10€/Jahr), voraussichtlich bis.....

Apotheker (50€/Jahr)

Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten unter Berücksichtigung der zutreffenden Datenschutzgesetze bin ich einverstanden. Die Satzung des Vereins ist unter www.pharmaziefrankfurt.de einzusehen oder wird gerne zugesandt.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Um den Verwaltungsaufwand zu minimieren, bitten wir um Erteilung einer Einzugsermächtigung. Hiermit ermächtige ich den Verein widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

.....
IBAN

.....
Kreditinstitut

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift