DGOP Mitgliedschaftsformular 2017 für neue Mitgliedschaft oder jährliche Beitragszahlung

DGOP
Deutsche Gesellschaft für Onkologische Pharmazie
Member of ESOP

Bitte füllen sie alle Abschnitte aus (Bitte deutlich schreiben)

Nachname:	**Vorname:**	**Titel:**

Bevorzugte Adresse: Dies ist meine: ☐ Firmenadresse ☐ private Adresse

Institution/Organisation (nur angeben wenn Firmenadresse verwendet wird)		**Abteilung**
Strasse	**Postfach**	**PLZ**
Stadt	**Telefon**	**Fax**
E-Mail	**Bundesland**	

Bevorzugte Methode für Kommunikation (bitte ankreuzen) Post ☐ Fax ☐ E-Mail ☐

Beruf: **Apotheker** ☐ **PTA** ☐ **Sonstiges** ☐ _____

Arbeitsbereich (Sie können mehr als einen Kasten ankreuzen)

1. ☐ **Krankenhausapotheke**
☐ Onkologie ☐ Hämatologie ☐ Palliative Pflege ☐ Pädiatrie ☐ Andere _____
2. ☐ **Zytostatika Herstellung** ☐ Krankenhaus ☐ Industrie ☐ Andere _____
3. ☐ **Forschung** Bereich der Forschung _____
4. ☐ **Fort-/ Weiterbildung** **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 ☐ 5**0,00 €**
PTA, PKA und Rentner ☐ 25,00 €
Sonstige: ☐ **5,00 €** (z.B. ohne Einkommen, Studium, Erziehungsurlaub bzw. Mutterschutz)

Möchten Sie auch Mitglied im **ISOPP** werden, wird folgender Mitgliedsbeitrag fällig: (Bitte ankreuzen)

Ja, ich möchte auch im ISOPP Mitglied werden	*Land*	*Beitrag DGOP €*	*Beitrag ISOPP €*	**Gesamt €**
☐	**Deutschland**	50,00	95,00	**145,00**

Sind Sie daran interessiert, sich an eines der folgenden ISOPP Komitees anzuschließen?

(Nur bei ISOPP-Mitgliedschaft (Sie können mehr als einen Kasten ankreuzen)

Fortbildung ☐ Mitgliedschaft und Finanzen ☐ Veröffentlichungen ☐ Standards ☐ Forschung ☐

Zahlungsmethode für die Gesamtsumme _____

☐ Überweisung in € an die Apotheker- und Ärztebank, Deutschland; BIC DAAEDEDDXXX ; IBAN DE89 3006 0601 0004 2792 63
☐ Lastschriftverfahren – bitte senden Sie ein Formular an meine Adresse!
☐ VISA/DINERS ☐ AMEX ☐ Mastercard

Nummer:																			Gültig bis:				

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