

Verein Consumer Health Care - Aufnahmeantrag für Mitglieder

Verein Consumer Health Care e. V.
Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie
Invalidenstrasse 115
10115 Berlin

Tel.: 030 – 945 10 121
Fax: 030 – 945 10 141

Hiermit stelle ich den Antrag auf Aufnahme in den
Verein Consumer Health Care e. V. als

natürliche Person
(Mitgliedsbeitrag pro Jahr: 50 Euro)

juristische Person
(Mitgliedsbeitrag pro Jahr: 150 Euro)

förderndes Mitglied
(Mitgliedsbeitrag pro Jahr: 4.000 Euro)

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Firma _____

Straße / Postfach _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

_____, den _____

Firma (rechtsverbindliche Unterschrift)