

Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
„Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.“

Familienname

Titel

Vorname(n)

Dienstadresse (Klinik/Praxis)

Strasse

PLZ

Ort

E-Mail

Ich habe Kenntnis davon, dass mit der Mitgliedschaft (Jahresbeitrag 40,00 €) der Pflichtbezug der Online-Ausgabe der Zeitschrift Pharmacopsychiatry in Höhe von zusätzlich 35,00 € inkl. MwSt. jährlich verbunden ist.

Ein Curriculum Vitae habe ich beigelegt.

Ich bin mit der Speicherung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zu vereinsinternen Zwecken einverstanden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift:
