

**ANSUCHEN UM AUFNAHME
als ordentliches Mitglied**

Name:

Zuname

Vorname

Akad. Grad:

Berufstitel:

Ausbildung:

Derzeitiges Arbeitsgebiet:

Institut/Firma:

Anschrift:

Tel:	Fax:
-------------	-------------

e-mail:

Dissertant/in (bei gewünschter Aufnahme als Mitglied im Dissertationsstadium bitten wir eine Bestätigung der/des Dissertationsbetreuerin/-betreuers mitzuschicken)

Sektion Klinische Pharmakologie (bei gewünschter Aufnahme als Mitglied in die Sektion Klinische Pharmakologie bitte hier ankreuzen)

* Ich bestätige, dass die APHAR diese Daten gemäß der gültigen Datenschutzrichtlinie der Gesellschaft (http://www.aphar.at/pdfs/Datenschutzrichtlinie_APHAR.pdf) verwenden und verarbeiten darf (*bitte bestätigen).

Datum: _____

Unterschrift: _____

Befürwortendes Mitglied der Gesellschaft:

Name: _____

Unterschrift: _____

Das ausgefüllte und unterschriebene Formular bitte an die Mitgliederverwaltung der APHAR (mitglieder@aphar.at oder lehre-pharmakologie@medunigraz.at) senden.