

## 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: 4.250 Euro)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Straße / Postfach \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (rechtsverbindliche Unterschrift)