

**Antrag auf Aufnahme
in den „Freundeskreis des Fachbereiches Pharmazie
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg e.V.“**

Freundeskreis des
Fachbereiches Pharmazie an der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg e.V.
Wolfgang-Langenbeck-Str. 4

06102 Halle/Saale

**Ich beantrage die Aufnahme in den „Freundeskreis des Fachbereiches Pharmazie an der
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg e.V.“**

zum

Name: **Vorname:**

Titel/Akadem. Grad/Berufsbezeichnung:

Geburtsdatum:

Anschrift (Bitte Anschrift für Postversand angeben)

Apotheke / Firma / Institut	
Straße, Hausnummer bzw. Postfach	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Telefax:
email:	

Ort, Datum, Unterschrift