

Um Mitglied in der DAfP zu werden, füllen Sie bitte dieses Formular vollständig aus und schicken es per e-Mail zurück. Felder mit * sind Pflichtfelder.

Aufnahmeantrag

*Anrede/Titel:

*Vorname:

*Nachname:

*Straße/Hausnr.

bzw. Postfach:

*Postleitzahl:

*Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Homepage:

*Tätig als: Vollerwerbstätig (Jahresbeitrag 50€)

Arbeitsgebiet:

Arbeitgeber:

Ich bestätige hiermit, dass meine Angaben richtig sind und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten auf den Webseiten der DAfP einsehbar sind.