



Antrag auf Mitgliedschaft

Name:..... Titel:.....

Vorname:..... Geb. Datum:.....

Position

Abteilung:

Institution:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax.:

E-Mail:

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner E-Mail Adresse im Mitgliederverzeichnis der DTG einverstanden: **Ja** **Nein**

Ich bin damit einverstanden, dass alle Korrespondenz der DTG mit mir über die oben angegebene E-Mail Adresse erfolgt: **Ja** **Nein**

1. Bürge:

Datum/Unterschrift:

2. Bürge:

Datum/Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

.....

Einzusenden an: Sekretariat der Deutschen Transplantationsgesellschaft
z. Hd. Frau Marion Schlauderer
Universitätsklinikum Regensburg, Innere Medizin II
D-93042 Regensburg
Fax: 0941/944-7197