

Antrag auf Mitgliedschaft

in der Arbeitsgemeinschaft der Ärzte
staatlicher und kommunaler
Bluttransfusionsdienste e.V. (StKB)

**Transfusionsmedizin im
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30**

D – 52074 Aachen

Schriftführerin:

Dr. med. Gabriele Hutschenreuter

Tel.: 0241/ 80 88 714/5

Fax: 0241/ 80-82 467

e-mail: transfusionsmedizin@ukaachen.de

1. Art der Mitgliedschaft

(bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Ordentliches Mitglied:	<input type="checkbox"/> Leitender Arzt / Chefarzt
	<input type="checkbox"/> Oberarzt
	<input type="checkbox"/> Fach-/ Assistenzarzt
Außerordentliches Mitglied:	<input type="checkbox"/>

2. Personendaten

Name:			
Vorname:			
Titel:			
Geburtsdatum:		Nationalität:	
Geschlecht:	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>

3. Institut bzw. Institution oder Firma

Straße:			
PLZ, Ort:			
Telefon:		Telefax:	
e-Mail:			
home-page:			

4. Privatanschrift

Straße:			
PLZ, Ort:			
Telefon:		Telefax:	
e-Mail:			
home-page:			

Datum:		Unterschrift:	
--------	--	---------------	--