



## 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  
D-93042 Regensburg  
**Fax: 0941/944-7197**