

# Süddeutsche Gesellschaft für Pneumologie e.V.

## Aufnahmeantrag

Bitte senden an: [sandra.busskamp@wikonect.de](mailto:sandra.busskamp@wikonect.de)

Familiennamen:		Titel:	
Vorname(n):		Geburtsdatum:	
<b>Klinik:</b>		<b>Klinik:</b>	
<input type="checkbox"/> Chefarzt	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Allgemeinarzt	
<input type="checkbox"/> Ltd. Arzt	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Internist	
<input type="checkbox"/> Oberarzt	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> Internist mit Schwerpunkt	
<input type="checkbox"/> Ass. Arzt	<input type="checkbox"/> Anästhesie		
<input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/> Allergologie		
<b>Behörde:</b>		Position:	
<b>Industrie:</b>		Position:	
<b>Ausbildung:</b>		Examen (Jahr):	
Gebietsarzt:		Jahr:	
Schwerpunkt:		Jahr:	
Zusatzbezeichnung:		Jahr:	
Weiterbildungermächtigung:			
<b>Dienstadresse:</b>		<b>Privatadresse:</b>	
		<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg	
		<input type="checkbox"/> Bayern	
		<input type="checkbox"/> Hessen	
		<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	
Telefon:		Telefon:	
		<input type="checkbox"/> Saarland	
		<input type="checkbox"/> anderes	
E-Mail (dienstl.):			
E-Mail (privat):			
<b>Korrespondenzadresse:</b>		Dienst      Privat	
Datum:		Unterschrift:	