



## Antrag auf Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Fachgebiet:** \_\_\_\_\_

### **Vollständige Dienstanschrift**

**Institution:** \_\_\_\_\_

**Abteilung:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**e-Mail:** \_\_\_\_\_

### **Vollständige Privatanschrift**

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PZL, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**e-Mail:** \_\_\_\_\_

**Korrespondenzadresse:**  Firma  Privat (bitte nur eine Version ankreuzen)

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten gespeichert werden und in einem Mitgliederverzeichnis aufgeführt werden. Ich versichere, dass ich obige Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und bitte um die Aufnahme in die GTH. Die Satzung der Gesellschaft erkenne ich an. Die Mitgliedschaft kann jederzeit zum 31. Dezember eines Jahres gekündigt werden.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers**

Bitte ausgefülltes Formular fotokopieren und zur Stellungnahme an mindestens zwei Paten (Mitglieder der GTH) schicken.

Hiermit befürworte ich den Antrag auf Mitgliedschaft in die Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung:

\_\_\_\_\_  
**Name des Paten in Blockschrift**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Paten**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Antragsformular **inkl. kurzen beruflichen Lebenslauf** an folgende Adresse:

**GTH – Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung**  
**Geschäftsstelle**  
**Max-Lebsche-Platz 32**  
**81377 München**