



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

Name: _____ **Vorname:** _____

Titel: _____

Vollständige Dienstanschrift

Institution: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ **Fax:** _____

e-Mail: _____

Vollständige Privatanschrift

Straße: _____

PZL, Ort: _____

Telefon: _____ **Fax:** _____

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 an folgende Adresse:

GTH – Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung
PD Dr. Michael Spannagl
Max-Lebsche-Platz 32
81377 München