

## **Antrag auf Mitgliedschaft in der Südwestdeutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin e. V. (SWDGN)**

Hiermit beantrage ich zum nächstmöglichen Termin / ab dem \_\_\_\_\_ meine Aufnahme in die SWDGN. Meine Personalien lauten:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Akademischer Titel: \_\_\_\_\_

Beruf/Position: \_\_\_\_\_

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

Strasse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Mein Antrag wird von folgenden Mitgliedern der SWDGN unterstützt:

1) \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

2) \_\_\_\_\_  
(Name, Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)