

## A U F N A H M E A N T R A G

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im

*Onkologischen Schwerpunkt Brandenburg/Nordwest e. V.*

Name: ..... Vorname: .....

Titel: .....

Dienststellung: ..... Fachrichtung: .....

Dienstanschrift: .....  
(Einrichtung/Praxis)  
.....

Telefon dienst.: .....

Fax dienst.: .....

e-mail: .....

Privatschrift: .....  
.....

Telefon priv.: .....

Besondere Onkologische Interessengebiete:

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

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

**Bestätigung durch Vorstand:**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

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