Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V.

Schwerpunkt Kinderradiologie

Allgemeine Angaben:

Name: _____

Vorname(n): _____

Akademische Grade: _____

Berufsbezeichnung/Dienststellung: _____

Dienstanschrift:

Institut / Klinik: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Land: _____Telefon: _____Fax:_____

E-Mail: _____

Ich bin Kinderradiologe ☐
(Schwerpunkt Kinderradiologie laut Weiterbildungsordnung)

Ich habe die Weiterbildungsbefugnis Kinderradiologie ☐

_____
Datum, Unterschrift

Bitte per Post oder Fax (030-91607022) oder Email (buero@kinder-radiologie.org) **zurücksenden an**:
Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e. V.
Geschäftsstelle
Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin