



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 für den Zeitraum _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Dienstanschrift, Link zur Klinik)
auf der Karte "Schwerpunkt Kinderradiologie" auf der Webseite der GPR veröffentlicht werden

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