

Antrag auf Mitgliedschaft **im Arbeitskreis Ernährung im Mukoviszidose e.V.**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im AK Ernährung ab dem __.__._____

Meine Kontaktdaten:

Name, Vorname _____
Straße, Hausnr. _____
Wohnort _____
Telefon _____
E-Mail-Adresse _____

Weitere Informationen:

Klinik/Praxis _____
Klinikadresse _____
Beruf _____
Weiterbildungen _____

Zugangsvoraussetzungen:

- ☐ Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V.
- ☐ Teilnahme „CF-Einsteigerseminar“ des Mukoviszidose e.V.
- ☐ Hospitation an einer CF-Ambulanz in _____

Bitte den Antrag mit einer Kopie der Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V. und der Teilnahmebescheinigung des Einsteigerseminars zurücksenden an:

Annette Simon, Dipl. Oec. troph. (AK-Vorstand)
Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendmedizin
Mukoviszidose Ambulanz
Feulgengasse 12
35385 Gießen
Oder als Scan per E-Mail an: annette.simon@uk-gm.de

Datum, Unterschrift