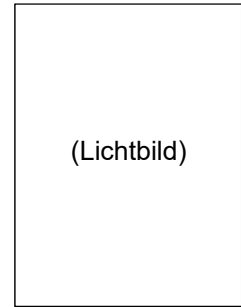


Antrag auf Aufnahme in die Deutsche Abteilung der Internationalen Akademie für Pathologie e.V.

(Bitte Antrag gut lesbar ausfüllen.)



Name: _____

Vorname: _____

geb.am: _____ in: _____

Staatsexamen am: _____ promoviert: ja () nein ()

| | | | |
|---------------------|---|------|-------|
| Arzt für | <input type="radio"/> Pathologie | seit | _____ |
| | <input type="radio"/> Veterinärpathologie | seit | _____ |
| | <input type="radio"/> Neuropathologie | seit | _____ |
| andere Fachrichtung | _____ | seit | _____ |

| | | | |
|--|---|------------|-------|
| in Weiterbildung zum Arzt für | <input type="radio"/> Pathologie | seit | _____ |
| | <input type="radio"/> Veterinärpathologie | seit | _____ |
| | <input type="radio"/> Neuropathologie | seit | _____ |
| klinisches Jahr | von: _____ | bis: _____ | |
| <i>(Dem Aufnahmeantrag in die Deutsche Abteilung der IAP e.V. ist unbedingt die Stellungnahme des zur Weiterbildung ermächtigten Arztes über den derzeitigen Ausbildungsstand beizufügen!)</i> | | | |

Stellung: leitender Arzt () Oberarzt () Assistenzarzt ()

| | |
|---|---|
| <u>Korrespondenzadresse:</u> _____ _____ _____ | <u>Rechnungsadresse:</u> _____ _____ _____ |
| Telefon-Nr.: _____ | |
| E-Mail-Adresse: _____ | |
| E-Mail-Adresse für News/Infos: _____ | |

| | |
|---|--------------------|
| Referenzen: <i>(Für die Aufnahme in die IAP sind die Unterschriften von zwei REGULÄREN Mitgliedern der IAP erforderlich!)</i> | |
| 1. Name _____ | Unterschrift _____ |
| 2. Name _____ | Unterschrift _____ |

Datum: _____ Unterschrift: _____

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| Von der IAP auszufüllen: | |
| Mitgliedsnummer: _____ | Beginn der Mitgliedschaft: _____ |