

**Nordrhein-Westfälische Gesellschaft für Schlafmedizin
NRW-GSM Antrag auf Mitgliedschaft**



Anmeldung / Neuregistrierung NRW-GSM Update / Datenänderung

Name: _____

Vorname: _____

Institution: _____

Titel: _____

Abteilung: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

Telefon: _____

PLZ / Ort: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

E-Mail priv.: _____

Adresse (privat):

Straße: _____

PLZ /Ort: _____

Ausgeübter Beruf / Tätigkeit

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Fachr.: | <input type="checkbox"/> Pflegekraft |
| <input type="checkbox"/> Psychologe | <input type="checkbox"/> MTA |
| <input type="checkbox"/> Naturwissenschaftler | <input type="checkbox"/> Arzthelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Firma | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Arbeitsbereich

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlaflabor | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Klinik / Abt.: | |
| <input type="checkbox"/> Praxis | |
| <input type="checkbox"/> Firma | |

Funktion im Schlaflabor

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leitung | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter |
|----------------------------------|--------------------------------------|

Weiterbildungsberechtigung

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stellv. Leitung | <input type="checkbox"/> Student |
| <input type="checkbox"/> Wiss. Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Besondere Qualifikation

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> KV-Zulassung | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------|

- | | |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Somnologe DGSM | Schlafmedizin |
| <input type="checkbox"/> ÄK Schlafmedizin | |

Entrichtung des Mitgliedsbeitrags in Höhe von 30,00 Euro

Bankeinzug:

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:

Nordrhein-Westfälische Gesellschaft für Schlafmedizin

z. Hd. Frau Klein

KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte gGmbH

Evang. Krankenhaus Essen-Steele

Am Deimelsberg 34 a

45276 Essen

E-Mail: info@nrw-gsm.de

Fax: 0201 – 174 22 000

Ort

Datum

Unterschrift für Antrag auf NRW-GSM-Mitgliedschaft

Nordrheinwestfälische Gesellschaft für Schlafmedizin:

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Georg Nilius, Klinikum Dortmund gGmbH; Münsterstraße 240, 44145 Dortmund, georg.nilius@klinikumdo.de

stellv. Vorsitzende: Dr. med. Corinna Frohn, Solingen; Prof. Dr. med. Christoph Schöbel, Essen

Schatzmeister: Dr. med. Winfried Hohenhorst, Alfried-Krupp-Krankenhaus Rüttenscheid, Alfried-Krupp-Straße 21, 45131 Essen, winfried.hohenhorst@krupp-krankenhaus.de

Beisitzer: Prof. Dr. med. Svenja Happe; Prof. Dr. med. Oliver Höffken; Patricia Kutz; Prof. Dr. med. Winfried Randerath,

Prof. Dr. med. Kurt Rasche; Dr. med. Simon Herkenrath