

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 Miltz

Krankenhaus Bethanien gGmbH,

Aufderhöher Str. 169 – 75,

42699 Solingen

Fax: 0212 – 63 6005

Ort

Datum

Unterschrift für Antrag auf NRW-GSM-Mitgliedschaft

Nordrheinwestfälische Gesellschaft für Schlafmedizin:

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Winfried Randerath; Krankenhaus Bethanien, Aufderhöher-Str. 169 – 175, 42699 Solingen, Tel.: 0212-636002, randerath@klinik-bethanien.de

stellv. Vorsitzende: Prof. Dr. med. Kurt Rasche, Helios Klinikum Wuppertal, Heusnerstraße 40

42283 Wuppertal-Barmen, Tel.: 0202-896-39 02, kurt.rasche@helios-kliniken.de ; Prof. Dr. med. Carl-Albrecht Haensch, Mönchengladbach

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

Beisitzer: Dr. med. Andreas Ostrowsky, Wuppertal; PD Dr. med. Georg Nilius, Hagen, Prof. Dr. med. Bernd Sanner, Dr. med. Cornelia Frohn