

REVISION DER AGNP-MITGLIEDERKARTEI

Für das AGNP-Mitgliederverzeichnis benötigen wir folgende Daten:

Name: _____

Dienstadresse: _____

(Klinik/Praxis/
Strasse/PLZ/Ort)

Tel.-Nr. (Dienst): _____

Fax.-Nr. (Dienst): _____

E-Mail: _____

Privatadresse _____

(Strasse/PLZ/Ort): _____

Tel.-Nr. (Privat): _____

Post an:

Dienst

Privat

Rücksendung bitte umgehend an:

Prof. Dr. rer. nat. Manfred Gerlach
Klinik u. Poliklinik f. Kinder- u. Jugendpsy-
chiatry,
Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg
Füchsleinstr. 15
D-97080 Würzburg

Bitte tragen Sie die Daten handschriftlich ein.

Wir bitten Sie dringend, die Beiträge im Lastschriftverfahren einziehen zu lassen.

Bitte füllen Sie die beiliegende Einzugsermächtigung aus.