

# Mitgliedsantrag

## Arbeitsgemeinschaft deutscher Darmkrebszentren e. V. (addz)

**addz**

arbeitsgemeinschaft  
deutscher darmkrebszentren

Bitte senden oder faxen Sie den vollständig ausgefüllten Antrag an:

**Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmkrebszentren e. V.**  
**www.ag-darmzentren.com**

**Telefon: +49 7031 668 22402**

**Telefax: +49 7031 668 22408**

**E-Mail: s.benz@klinikverbund-suedwest.de**

**Prof. Dr. med. Stefan Benz**  
**Kliniken Böblingen**  
**Bunsenstraße 120 · 71032 Böblingen**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft deutscher Darmkrebszentren e. V. (addz):

### Persönliche Daten

Anrede  Titel

Vorname

Name

E-Mail (dienstlich)

E-Mail (Alternativ)

Telefon (Direktwahl)

### Dienstliche Daten

Darmkrebszentrum

Klinik

Straße, Nr. oder Postfach

Postleitzahl  Ort

Telefon

Fachgebiet

Funktion im Darmkrebszentrum

Die Mitgliedschaftsgebühr wird pro Darmkrebszentrum nur einmal fällig, beträgt aktuell € 200,00 pro Jahr und ist nach Rechnungserhalt zu zahlen.

Diese beinhaltet die Teilnahmegebühr an der addz-Jahrestagung und die Präsentationsmöglichkeit ihres Darmkrebszentrums auf der Webseite [www.ag-darmzentren.com](http://www.ag-darmzentren.com). Sie sind angehalten, die hier veröffentlichten Daten aktuell zu halten und das Sekretariat zu informieren, sollten sich Änderungen ergeben.

Falls bereits ein Mitglied aus Ihrem Darmkrebszentrum aufgenommen wurde, müssen Sie sich darüber verständigen, wer das Stimmrecht für Ihr Zentrum ausüben soll.

Stimmrecht für Darmzentrum

.....  
Unterschrift/ggf. Stempel

.....  
Datum