

Antrag auf Mitgliedschaft im DÖSAK e.V.

Name _____
Vorname _____
Titel _____
Klinik/Praxis _____
Straße _____
Ort _____
Privatadresse _____
E-mail-Adresse _____

Facharzt für Mund-, Kiefer-Gesichtschirurgie ja / nein

Fachrichtung für Mund-, Kiefer-Gesichtschirurgie ja / nein

Andere Fachrichtung: _____

An den Vorsitzenden des DÖSAK e.V.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als ordentliches Mitglied im DÖSAK e.V.
(Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich).

Datum

Unterschrift

Ausgefülltes Formular bitte an den Schriftführer des DÖSAK senden:

**Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Frank Hölzle
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Uniklinik RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen**

oder per Fax: 0049-241-8082430