

Aufnahmeantrag

zur Mitgliedschaft im Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der MHH

Name _____

Vorname _____

Titel _____

Funktion _____

Forschungsschwerpunkte _____

Einrichtung/Institution _____

Adresse _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Mitgliedschaft für Einzelpersonen

Mitgliedschaft für Abteilungen

Eigene Forschungsbereiche zum Thema ‚geschlechtersensible Medizin‘

1. _____
2. _____
3. _____

Datum _____

Unterschrift _____