

Anmeldung Mitgliedschaft APD

Name: _____

Vorname / Geb. Dat.: _____ //

Straße: _____

Wohnort: _____

Tel./ Fax/E-Mail: _____

Dienstgrad/Titel/Zertifikate: _____

Arbeitgeber: _____

Straße: _____

Ort: _____

Tel./ Fax: _____

E-mail: _____

Tätigkeits-Schwerpunkt: _____
(z.B. Stoffwechsel / Diabetes / CF / Gastroenterologie / Nephrologie etc., falls vorhanden.)

Ich bestätige hiermit, dass ich spezielles Interesse und/oder Erfahrungen auf dem Gebiet der Ernährung im Kindesalter und/oder bei angeborenen Stoffwechselstörungen besitze und die Ziele der APD unterstützen möchte.

Ich bin z.Z. in der Pädiatrie tätig: ja nein

Ich arbeite mit erwachsenen Stoffwechselfatienten: ja nein
(z.B.: mit angeb. Aminosäuren-, Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechselstörungen, CF, etc....)

Ich bin Mitglied im VDD: ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine beruflichen Daten im internen Mitgliederbereich der Website www.netzwerk-apd.de/mitgliederbereich für die APD-Mitglieder zugänglich sind.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine beruflichen Daten zudem auf der Website www.netzwerk-apd.de für interessierte User (z.B. eine Familie mit einem Kind mit einer Stoffwechselerkrankung) über die Suchfunktion zugänglich sind.

ja nein

Datum und Unterschrift: _____ / _____