MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Register
Kurzdarmsyndrom
& Darmversagen
REKUDA

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Datum

Zentrum-ID (*Wird nach Erstantrag ausgefüllt.)*

ANSPRECHPARTNER·IN

Name

Telefon / Fax

Position

E-Mail

WEITERE KONTAKTPERSON

Name

Telefon / Fax

Position

E-Mail

ZENTRUM

Name

Adresse

Patientenkollektiv *(Anzahl, Alter etc.)*

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller·in

Ergebnis Antragstellung *(Wird vom Registerbeirat ausgefüllt.)*