

**BEITRITTSERKLÄRUNG**

(Das ausgefüllte und unterschriebene Formular bitte an untenstehende Adresse faxen oder mailen.)

Ich ersuche um Aufnahme als

- ordentliches Mitglied (EUR 30,-/Jahr)
- Student (EUR 20,-/Jahr)

der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel.

**Name** (Titel, Vorname, Familienname): \_\_\_\_\_

**Institution:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Berufliche Tätigkeit:** bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Klinikangestellte/r | <input type="radio"/> niedergelassen                    |  |
| <input type="radio"/> Allgemeinmedizin    | <input type="radio"/> Klinische Chemie und Labormedizin | <input type="radio"/> Psychiatrie                  |
| <input type="radio"/> Anatomie            | <input type="radio"/> Molekularbiologie                 | <input type="radio"/> Psychologie                  |
| <input type="radio"/> Biochemie           | <input type="radio"/> Neurochirurgie                    | <input type="radio"/> Reproduktionsmedizin         |
| <input type="radio"/> Chirurgie           | <input type="radio"/> Neurologie                        | <input type="radio"/> Statistik                    |
| <input type="radio"/> Dermatologie        | <input type="radio"/> Nuklearmedizin                    | <input type="radio"/> Urologie                     |
| <input type="radio"/> Epidemiologie       | <input type="radio"/> Pädiatrie                         | <input type="radio"/> Vergleichende Endokrinologie |
| <input type="radio"/> Gynäkologie         | <input type="radio"/> Pathologie                        | <input type="radio"/> Veterinärmedizin             |
| <input type="radio"/> Humangenetik        | <input type="radio"/> Pharmakologie                     | <input type="radio"/> Zellbiologie                 |
| <input type="radio"/> Innere Medizin      | <input type="radio"/> Physiologie                       | <input type="radio"/> Zellbiologie                 |

**Wissenschaftliche Tätigkeit:** bitte ankreuzen (maximal 4 Schwerpunkte)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Adenohypophyse    | <input type="radio"/> Gastrointestinale Hormone      | <input type="radio"/> Endokrine Rhythmen, Melatonin                       |
| <input type="radio"/> Hypothalamus      | <input type="radio"/> Insulin und Diabetes           | <input type="radio"/> Kalzium- und Knochenstoffwechsel                    |
| <input type="radio"/> Molekularbiologie | <input type="radio"/> männliche Gonaden              | <input type="radio"/> Katecholamine und Nebennierenmark                   |
| <input type="radio"/> Neurohypophyse    | <input type="radio"/> Nebennierenrindensteroid       | <input type="radio"/> Nachweisverfahren,<br>z.B. immunologische Techniken |
| <input type="radio"/> Plazenta          | <input type="radio"/> Renin, Angiotensin, Aldosteron | <input type="radio"/> Psycho-, Neuro- und Immunoendokrinologie            |
| <input type="radio"/> Prostaglandine    | <input type="radio"/> Tumorendokrinologie            | <input type="radio"/> Wachstumshormon, IGF-1,<br>Bindungsproteine Wechsel |
| <input type="radio"/> Schilddrüse       | <input type="radio"/> Wachstumsfaktoren, Zytokine    | <input type="radio"/> anderes, bitte anführen                             |
| <input type="radio"/> Zellbiologie      | <input type="radio"/> weibliche Gonaden              | _____   |

Hiermit erkläre ich mich mit den auf der Website erwähnten Datenschutzbestimmungen einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_