



Zurück per Post oder Fax:  
Dr. Jürgen Herold; Weinbergweg 16a, 91154 Roth - Fax: (09171) 825 88-29

**Aufnahmeantrag**

Name: .....

Vorname: .....

Titel: .....

Berufsbezeichnung: .....

**Dienstadresse**

Abteilung: .....

Klinik: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... , Fax: .....

e-mail: .....

Privatadresse: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... , Fax: .....

e-mail: .....

ja    nein

Mitglied in der DGSM:

Qualifikationsnachweis Somnologie der DGSM:

Zusatzweiterbildung Schlafmedizin (z.B. Bay. LÄK / andere):

Mitarbeiter in einem Schlaflabor, das DGSM-

akkreditiert ist oder das die Akkreditierung anstrebt:

....., den .....

(Ort)

(Datum)

^ (Unterschrift)