

## **Assoziierte Mitgliedschaft OSP Esslingen**

**Antrag per Fax: 0711 - 3103 2530**

- Ja, ich möchte gerne assoziiertes Mitglied  
im OSP Esslingen werden.**

Ich möchte gerne in folgender AG mitarbeiten: (bitte ankreuzen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Tumoren         | <input type="checkbox"/> Psychosoziale Onkologie       |
| <input type="checkbox"/> Hämatologie                    | <input type="checkbox"/> Radiologie und Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre GI Onkologie | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie              |
| <input type="checkbox"/> Onkologische Pflege            | <input type="checkbox"/> Tumordokumentation            |
| <input type="checkbox"/> Palliativmedizin               | <input type="checkbox"/> Urologische Onkologie         |
| <input type="checkbox"/> Pneumologische Onkologie       |  |

### **Meine Kontaktdaten:**

Name, Vorname: .....

Klinik / Praxis: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

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

Mail: .....

Datum:

Unterschrift / Stempel: