

## **Antrag auf Mitgliedschaft im Arbeitskreis Ernährung im Mukoviszidose e.V.**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im AK Ernährung ab dem \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_

### **Meine Kontaktdaten:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mailadresse \_\_\_\_\_

### **Weitere Informationen:**

Klinik/Praxis \_\_\_\_\_  
Klinikadresse \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Weiterbildungen \_\_\_\_\_

### **Zugangsvoraussetzungen:**

- Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V.
- Teilnahme „CF kompakt“ auf der Deutschen Mukoviszidose Tagung
- Hospitation an einer CF-Ambulanz in \_\_\_\_\_

*Bitte den Antrag mit einer Kopie der Mitgliedschaft im Mukoviszidose e.V. und der Teilnahmebescheinigung des „CF kompakt“ zurücksenden an:*

Annette Simon, Dipl. Oec. troph. (AK-Vorstand)  
Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendmedizin  
Mukoviszidose Ambulanz  
Feulgengasse 12  
35385 Gießen  
Oder als Scan per E-Mail an: [annette.simon@uk-gm.de](mailto:annette.simon@uk-gm.de)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift