



Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
Büro Frankfurt – Isabelle Buss
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
Zentrum für Kinder- u. Jugendmedizin,
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
Theodor-Stern Kai 7
60590 Frankfurt

Fax 069-6301-6700

Vorsitzender

Prof. Dr. Thomas Klingebiel
Klinikum der JWG-Universität
Zentrum f. Kinder- und Jugendmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt / Main
Tel (069) 63015094

1. Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Gudrun Fleischhack
Universitätsklinikum Essen
Zentrum f. Kinder-u. Jugendmedizin
Klinik f. Kinderheilkunde III
Hufelandstr. 55
45147 Essen

2. Stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. Dieter Körholz
Univ.-Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendmedizin
Zentrum für Kinderheilkunde
Ernst-Grube-Str. 40
06120 Halle (Saale)

Schatzmeister

Prof. Dr. Andreas Kulozik
Universitätsklinikum Heidelberg
Kinderklinik III: Päd. Onkologie,
Hämatologie u. Immunologie
Im Neuenheimer Feld 430
69120 Heidelberg

Schriftführer

Prof. Dr. Dr. Michael Frühwald
Chefarzt I. Kinderklinik
Klinikum Augsburg
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg

Weitere Vorstandsmitglieder

Prof. Dr. Stefan Bielack, Stuttgart
Dr. Gabriele Calaminus, Münster
Dr. Ulrike Leiss, Wien
Prof. Dr. Stefan Rutkowski, Hamburg
PD Dr. Beate Timmermann, Essen

Geschäftsführung

Dr. Thomas Mandel
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. (030) 2759 0219
Fax. (030) 2759 0221
E-Mail: t.mandel@gpoh.de

GPOH-Büro Frankfurt:

Isabelle Buss
Klinikum der Universität
Zentrum f. Kinder- und Jugendmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt / Main
Tel (069) 6301-3741
Fax (069) 6301-6700
Email: gpoh@zki.uni-frankfurt.de

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)

Antragsteller/in

Privatanschrift:

Straße, PLZ, Ort,

ggf. Tel./Fax/E-mail

Dienstanschrift:

Klinik

Straße, PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-mail

Mitgliedsbeitrag:

- Regelbeitrag 80 Euro/Jahr
 Ermäßigter Beitrag (50%) (Berufsgruppen mit Vergütung unterhalb BAT II a bzw. Tarifvertrag Ärzte Eingangsstufe)

Ermäßigungsgrund:

voraussichtliche *Dauer* für dessen Vorliegen:

Ich bitte um Einzug des Mitgliedsbeitrags von meinem

Konto Nr.

Bank

BLZ

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Befürwortet : (Namen und **Unterschriften** mit Ortsangabe **von zwei GPOH-Mitgliedern**, die den Antrag unterstützen)

Ort, Datum, Name

Unterschrift

Ort, Datum, Name

Unterschrift

www.kinderkrebsinfo.de

