



Schweizerische Gesellschaft für Strahlenbiologie und Medizinische Physik
Société Suisse de Radiobiologie et de Physique Médicale
Società Svizzera di Radiobiologia e di Fisica Medica

Swiss Society of Radiobiology and Medical Physics

Member of the European Federation of Organisations for Medical Physics (EFOMP) and the International Organization for Medical Physics (IOMP)

FORMULAR FÜR DIE AUFNAHME IN DIE GESELLSCHAFT

Frau Herr

NAME: _____ VORNAME: _____

TITEL: _____

NATIONALITÄT: _____ GEBURTSDATUM: _____

GESCHÄFTSADRESSE: _____

PRIVATADRESSE: _____

GEWÜNSCHTE KORRESPONDENZADRESSE: Geschäft Privat

E-MAIL-ADRESSE(N): _____

TELEPHON-NUMMER(N):

dir.: _____ Sekr.: _____ Zentr.: _____

FAX-NUMMER(N): _____

BERUF: Arzt Biologe Ingenieur MTRA
 Physiker Techniker Andere _____

GEBIET DER GEGENWÄRTIGEN AKTIVITÄT:

	Haupttätigkeit	Zusatztätigkeit(en)
Administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biomedizinische Technik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biophysik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostische Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDV und Med. Informatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräteverwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnetresonanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molekularbiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtionisierende Strahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiologische Messtechnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (bitte um genaue Angaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Fachanerkennung: **SGSMP** **ja** **nein** Andere (bitte um genaue Angaben) _____

GEWÜNSCHTE KORRESPONDENZSPRACHE: deutsch französisch

Der Unterzeichnete wünscht als Mitglied in die Schweizerische Gesellschaft für Strahlenbiologie und Medizinische Physik aufgenommen zu werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Der Unterzeichnete, Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Strahlenbiologie und Medizinische Physik, empfiehlt die Aufnahme des Obenunterzeichneten als Mitglied.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Zurückzusenden an:

Abt. für Med. Strahlenphysik, Inselspital
3010 Bern

Hinweis: Das Abonnement der Zeitschrift für Medizinische Physik beginnt erst nach der offiziellen Aufnahme in die SGSMP, d.h. nach der im Herbst stattfindenden Mitgliederversammlung (üblicherweise also mit Heft 1 des Folgejahres). Sollten Sie an einem Bezug der Hefte bereits vorher interessiert sein, so wenden Sie sich bitte an wolf.seelentag@kssg.ch