



## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft  
im Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister

Name: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

ggf. Kurzbeschreibung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Erwartungen an die Mitgliedschaft/

Besonderes Interesse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich setze mich im Sinne der Geschäftsordnung des KoQK für die Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister ein.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_