



---

Arbeitskreis Botulinumtoxin e.V. der DGN  
Herr Prof. Dr. Wolfgang Jost  
Reinhardtstraße 27c  
10117 Berlin  
Fax: +49 7834 971 - 340  
info@botulinumtoxin.de

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Arbeitskreis Botulinumtoxin der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

Ich bin Facharzt/Fachärztin für Neurologie\*:

Ich bin Botulinumtoxin-Anwender/in:\*

\*Bitte fügen Sie uns eine entsprechende Bescheinigung bei.

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

Anschrift privat: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ priv.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

Datum

---

Unterschrift und Stempel

Bitte gleichzeitig ein SEPA-Mandat für den jährlichen Mitgliedsbeitrag senden.  
(Formular zum Herunterladen unter [www.botulinumtoxin.de](http://www.botulinumtoxin.de))

