

# Vereinssitz:

**Universitätsklinikum Bonn**

**Urologische Poliklinik**

**Siegmund-Freud-Str. 25**

**53127 Bonn**

**Deutschland**

Telefon:

0228-2870

E-Mail: vorstand@urotherapie.de

**Erster Vorsitzender:**

Thomas Engels (D)

**Zweite Vorsitzende:**

Ruth Berner (CH)

**Bankverbindung:**

Postbank Dortmund

**IBAN:**

DE90440100460343853464

**BIC:**

PBNKDEFF

**Datenerfassungsbogen**

Welche Angaben sollen von Ihnen auf der Webseite [www.urotherapie.de](http://www.urotherapie.de)/ch/at unter **google maps** erscheinen? Bitte so wie gewünscht hier ausfüllen, alle Angaben sind freiwillig.

(Die bereits angegebenen Daten aus dem Anmeldeformular werden nur für Vereinszwecke verwendet.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Vorname Geb.datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Str. PLZ/Ort/Land

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.. privat ☐/geschäftl. ☐ (bitte ankreuzen) mobil

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse Webseite Beruf/Funktion

☐ Ja, ich möchte eine …@urotherapie.de/ch/at –Adresse haben. Bitte in Druckbuchstaben vor dem @-Zeichen einfügen

………………………………….……………….@urotherapie.de☐/ch☐/at☐

☐ Ich möchte eine automatische E-Mail-Weiterleitung an folgende E-Mailadresse: ……………………………………………………….

☐ Ich möchte ein E-Mail-Konto, um auch E-Mails mit der Endung …@urotherapie.de/at/ch versenden zu können

☐ Nein, ich möchte keine …@urotherapie.de/ch/at - Adresse

**Dieses Formular bitte ausgefüllt an den Vorstand zurück**

* eingescann**t** per Email an vorstand@urotherapie.de
* oder per Post an den Vereinssitz D-A-CH Vereinigung für Urotherapie e.V.

Universitätsklinikum Bonn, Urotherapie - Urologische Klinik, z.Hd. Thomas Engels, Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

* oder per Fax an Christine Kaffer + 49 (0) 8231 98 80 862

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift