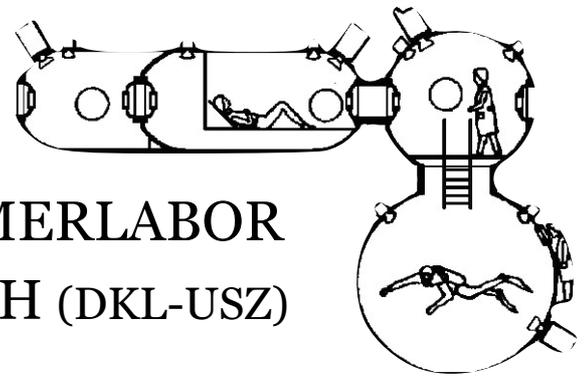


VEREIN HISTORISCHES DRUCKKAMMERLABOR UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH (DKL-USZ)



Mitgliedschaftsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft beim DKL-USZ

Name, Vorname	
Geschlecht	Korrespondenzsprache
Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>	Englisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/>
Titel	Spezialität
Strasse, Nummer	
PLZ	Ort
Land	
E-Mail	
Alternative E-Mail-Adresse	
Phone/Fax (<i>nicht obligatorisch</i>)	
Mitgliedschaft	
Basic (CHF 20.- pro Jahr) <input type="checkbox"/>	Sponsor-Mitglied <input type="checkbox"/> CHF _____ pro Jahr (Mindestbeitrag CHF 200.- pro Jahr)
	Ich möchte, dass mein Name unter „Gönner“ auf der Homepage www.druckkammer.ch veröffentlicht wird ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ort, Datum	Unterschrift