

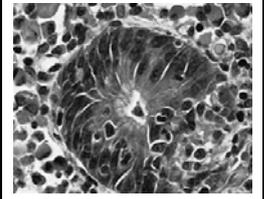
Bitte faxen oder mailen Sie dieses Formular an die Studienzentrale MZoL – Register der  
Universitätsklinik Ulm zurück:

**FAXNR: 0731 500 65822**

**E-MAIL: [mzolregister@uniklinik-ulm.de](mailto:mzolregister@uniklinik-ulm.de)**

**Anmeldeformular zur Registerstudie:**

# MARGINALZONEN-LYMPHOM- REGISTER



**Wir möchten an der Registerstudie teilnehmen:**

JA

NEIN

**Adresse Ihrer Klinik (Anschrift)**

---

---

---

**Hauptverantwortlicher Arzt:**

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

**Studienkoordinator**

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

Vorname: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

**Ihre zuständige Ethikkommission (Anschrift: Adresse, Ansprechpartner, Telefon, Fax))**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Klinikstempel und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes