

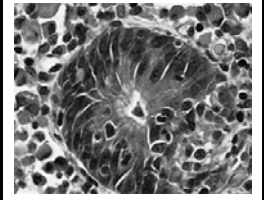
Bitte faxen oder mailen Sie dieses Formular an die Studienzentrale MZoL – Register der
Universitätsklinik Ulm zurück:

FAXNR: 0731 500 65822

E-MAIL: mzolregister@uniklinik-ulm.de

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