|  |
| --- |
| **Antrag auf Mitgliedschaft / Demande d’admission**incl. membership to the Swiss Group of Pharmacogenomics and Personalized Therapy (SPT): [x]  yes [ ]  no |

*Bitte in Blockschrift schreiben / s.v.p. écrivez en caractères d’imprimerie*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name/ Nom: |       | Vorname/ Prénom: |       |
|  |  |  |  |
| Adresse Privat/ Privée: |       | Adresse Geschäft/ Professionelle: |       |
| Strasse Nr./ Rue No.: |       | Strasse Nr./ Rue No.: |       |
| PLZ Ort/ NPA Lieu: |       | PLZ Ort/ NPA Lieu: |       |
| Tel.: |       | Tel: |       |
| Email: |       | Email: |       |
| Geburtsdatum/ Date de naissance: |       | Nationalität/ Nationalité: |       |
| Diplom/ diplôme | [ ]  Arzt/médecin[ ]  Apotheker/pharmacien | [ ]  Andere/autre (angeben/préciser): |       |
| Datum eidg. Diplom/ Date du diplôme féd.: |       | Datum ausl. Diplom/ Date diplôme étranger: |       |
| Datum Doktortitel / Date Doctorat: |       | An der Universität/ à l’université de: |       |
| Heutige Tätigkeit/ Position actuelle: |       | Facharzttitel Klinische Pharmakologie und Toxikologie / titre de Médecin-spécialiste en Pharmacologie et Toxicologie cliniques  |
| Sponsor 1 Name/ Nom: |       | [ ]  ja / oui, Jahr der Erteilung / année d’octroi:      \_\_,  [ ]  eidgenössisch /fédéral,  [ ]  ausländisch anerkannt / étranger reconnu [ ]  nein / non  |
| Sponsor 2 Name/ Nom: |       |
| Datum/ Date: |       | Unterschrift/ Signature: |  |
|  |  |  |  |

**Bitte einreichen an
Veuillez envoyer à**

Dr. med. Jérôme Bonzon, Secretary SSCPT

Universitätsspital Zürich, Klinik für Klinische Pharmakologie & Toxikologie, Rämistrasse 100, 8091 Zürich. Email: jerome.bonzon@usz.ch

|  |
| --- |
| *Nicht ausfüllen / Ne pas remplir:* |
| Datum Eingang: |       |  |  |