|  |
| --- |
| **Antrag auf Mitgliedschaft / Demande d’admission**  incl. membership to the Swiss Group of Pharmacogenomics and Personalized Therapy (SPT):  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](mailto:jerome.bonzon@usz.ch)

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