



**SOPHIA**

ASSOCIATION OF  
LEADING WOMEN SPECIALIST  
ON BREAST CANCER

## Antrag zur Aufnahme in SOPHIA e. V.

### Kontaktinformationen

Pflichtfelder sind mit einem \* markiert.

Name \* Vorname \*

Geburtsdatum \* Titel \*

Beruf Position

### Dienstanschrift

Institution

Straße und Hausnummer \* Postfach

Postleitzahl und Ort \* Land \*

Telefon Fax

Dienstliche Email

---

SOPHIA e. V. - Association of Leading Women Specialists on Breast Cancer

Geschäftsstelle:  
Ebersstraße 34  
10827 Berlin

Telefon:  
030-88675337  
0179-5339346

---

Amtsgericht Charlottenburg - Vereinsregister VR 34858 B

## **Privatanschrift**

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

---

Telefon

Fax

Private Email

## **Bürgen**

---

1. Bürgen benennen \*

2. Bürgen benennen \*

## **Fachdisziplin(en)**

---

Als Anhalt zur Befüllung dieses Feldes dient die *Liste der Fachdisziplinen*. Sollte(n) ihre Fachdisziplin(en) noch nicht vertreten sein, so haben sie die Möglichkeit diese hier zu benennen.

Soweit Sie dies nichts bereits im Online-Formular getan haben, fügen Sie ihrem Antrag bitte ihren **Curriculum Vitae** bei.

Der Jahresbeitrag beläuft sich auf 100€.

Datum und Ort \*

Unterschrift Antragssteller \*