



ÖSTERREICHISCHE
PLATTFORM FÜR
PERSONALISIERTE
MEDIZIN

Österreichische Plattform für Personalisierte Medizin

c/o Medizinische Universität Wien
Klinisches Institut für Pathologie
z. Hd. Dr. Philipp Hofer
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

Webseite: www.personalized-medicine.at

Kontakt: pm@meduniwien.ac.at

Beitrittserklärung

* *verpflichtende Angaben*

Art der Mitgliedschaft:*

- Ordentliches Mitglied (EUR 30,- pro Kalenderjahr)
- Studentisches Mitglied (EUR 10,- pro Kalenderjahr; bitte legen Sie eine aktuelle Studienbestätigung bei)
- Außerordentliches Mitglied/Förderndes Mitglied (EUR _____ pro Kalenderjahr, Mindestbetrag EUR 50,-)
- Institutionelles Mitglied – Bitte verwenden Sie den *Antrag auf institutionelle Mitgliedschaft*.

Interessen:

- Vernetzung mit anderen Organisationen im Bereich der Personalisierten Medizin
- Mitwirkung in themenspezifischen Arbeitsgruppen:
 - Grundlagen- und Translationale Forschung
 - Infrastruktur und Technologie
 - Gesellschaft und Ethik
 - Klinische Anwendungen
- Präsentation und Darstellung eigener Aktivitäten im Bereich der Personalisierten Medizin
- Erfahrungsaustausch, Information und Beratung zu Themen der Personalisierten Medizin
- Aktive Mitgestaltung von Konferenzveranstaltungen, Workshops und Fortbildungen. Themenvorschläge:

- Andere Interessensgebiete für Ihre Mitgliedschaft/Ihre Nachricht an uns (ggf. auf einer zusätzlichen Seite):

Kontaktdaten:

- Frau Herr*

Nachname:* _____ Vorname:* _____ akad. Titel: _____

Name der Organisation/Zugehörigkeit: _____

Abteilung/Institut: _____

Anschrift:* _____ PLZ, Ort:* _____

E-Mail:* _____ Telefon: _____

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten und Interessen für Zwecke der Buchhaltung und des Mitgliederservices verwendet werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit unter pm@meduniwien.ac.at zurückziehen.

Die Grundlage für die Mitgliedschaft in der Österreichischen Plattform für Personalisierte Medizin, ÖPPM bilden die Statuten der ÖPPM. **Ich bestätige, die Statuten der ÖPPM gelesen zu haben und diesen zuzustimmen.**

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllt an pm@meduniwien.ac.at senden.