

**GERMAN
AUTONOMIC
SOCIETY**



**ARBEITS-
GEMEINSCHAFT**

**AUTONOMES
NERVENSYSTEM e. V.**

*assoziiert mit der
Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)*

**Bitte freimachen
falls Marke
zur Hand**

Bitte senden an

**Professor Dr. med. Jens Jordan
AG Autonomes Nervensystem e. V.**

**Deutsches Zentrum für Luft- und
Raumfahrt (DLR)
Institut für Luft- und Raumfahrtmedizin
Linder Höhe
51147 Köln
Fax: (02203) 695211**

Herzlich Willkommen



Das autonome bzw. vegetative Nervensystem kontrolliert alle lebenswichtigen Funktionen. Das Herz-Kreislaufsystem, die Atmung, den Verdauungstrakt, das Urogenitalsystem und der Stoffwechsel werden vom autonomen Nervensystem beeinflusst. In der wissenschaftlichen und praktischen Medizin findet diese essentielle Bedeutung immer noch zu wenig Beachtung.

Die Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem e. V. (German Autonomic Society) möchte alle Bereiche der wissenschaftlichen Forschung, sowie der Diagnostik und Therapie von Störungen des Autonomen Nervensystems zusammenführen. Grundlagenfächer wie Anatomie und Physiologie sind daher gemeinsam mit allen klinischen Disziplinen gefordert.

Unterstützen Sie die Ziele der Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem und werden Sie Mitglied.

Wenn Sie Interesse haben, füllen Sie bitte das angefügte Antragsformular aus oder melden Sie sich auf unserer Website an.

Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Jens Jordan
Sprecher der German Autonomic Society

Eine Mitgliedschaft bringt viele Vorteile

- Interdisziplinärer fachlicher Austausch mit Klinikern und Grundlagenforschern
- Mitgliedschaft in der European Federation of Autonomic Societies (EFAS)
- Klinische Fortbildungen zu Themen des Autonomen Nervensystems
- Wissenschaftliche Veranstaltungen zu Themen des Autonomen Nervensystems
- Freie Hospitation in Autonomen Laboren
- Reduzierter Abonnementpreis „Clinical Autonomic Research“

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft Autonomes Nervensystem e. V.

- 30 EUR Mitgliedsbeitrag im Jahr

Name

Klinik

Abteilung

Straße

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Hiermit ermächtigen ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen "Zahlungsgrund" bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mit der

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

bei Kreditinstitut _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum

Unterschrift