

**QuaDeGA GmbH  
Universitätsklinikum Münster  
Centrum für Reproduktionsmedizin  
und Andrologie  
z. Hd. Barbara Hellenkemper  
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude D11 Fax 0251-8356093**

**D-48149 Münster**

Anmeldung zum Ringversuch QuaDeGA / Registration  
(Qualitätskontrolle der Deutschen Gesellschaft für Andrologie)

Name ..... Stempel/Stamp

Institut/Institute .....

Adresse/Address .....

.....

Ansprechpartner/Contact person .....

Telefon/Phone .....

Fax .....

E-Mail .....

Bitte ankreuzen:

- Ich möchte an der DGA-Qualitätskontrolle teilnehmen. Die Ringversuche werden automatisch zweimal pro Jahr zugesandt, solange keine Kündigung erfolgt. Soll die Teilnahme an einem Ringversuch zwischenzeitlich ausgesetzt werden, so bedarf es einer formlosen schriftlichen Mitteilung z. H. Frau Hellenkemper.

*Please tick:*

- I would like to participate in the DGA quality control scheme. Two consignments per year will follow unless membership is cancelled.*

Besteht eine Mitgliedschaft bei der DGA? \_\_\_\_\_

DGA member? \_\_\_\_\_

Datum ..... Unterschrift .....

Date

Signature