

**Antrag auf Zugriff auf die E-Learning-Plattform der Klinischen Forschung des DZNE**  
*Request for Access to the E-Learning Platform of Clinical Research of the DZNE*

<b>Vorname / First Name:</b>	
<b>Nachname / Last name:</b>	
<b>Geschlecht / Gender:</b>	<input type="checkbox"/> männlich /male <input type="checkbox"/> weiblich /female
<b>Sprache / Language:</b>	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> English
<b>Institution / Institution:</b>	
<b>Anschrift / Address:</b>	
<b>E-Mail-Adresse / e-mail address:</b>	
<b>Mitglied eines DZNE Studienteams: Member of a DZNE study team:</b>	<input type="checkbox"/> Ja / Yes <input type="checkbox"/> Nein / No
<b>Kurze Begründung / Brief justification:</b>	

Ich habe die Nutzungsbedingungen für die E-Learning-Plattform der Klinischen Forschung des DZNE (DECLARE) gelesen und akzeptiere sie.

*I have read and accept the terms of use for the e-learning platform of DZNE Clinical Research (DECLARE)*