**Bitte per Fax oder E-Mail zurück senden an:**

Fax: +49-711-278-73882

E-Mail: [coss@klinikum-stuttgart.de](mailto:coss@klinikum-stuttgart.de)

**Zentrum für Kinder- Jugend- und Frauenmedizin, Olgahospital**

**PD Dr. Claudia Blattmann**

**Ärztliche Direktorin**

**Pädiatrie 5 (Onkologie,**

**Hämatologie, Immunologie)**

Kriegsbergstr. 62

D – 70174 Stuttgart

Tel.: ++49-(0)711-278-72460

Fax: ++49-(0)711-278-72462

[c.blattmann@klinikum-stuttgart.de](mailto:c.blattmann@klinikum-stuttgart.de)

**COSS-Studienzentrale**

**Leitung: Prof. Dr. Stefan Bielack**

**Koordination: Dr. Stefanie Hecker-Nolting**

Tel.: ++49-(0)711-278-73881

Fax: ++49-(0)711-278-73882

[coss@klinikum-stuttgart.de](mailto:coss@klinikum-stuttgart.de)

Bearbeitet von B. Sorg

Bearbeitet am 28.04.2022

**Betreff: Antrag auf Förderung eines klinischen Regi**

Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR Postfach 102644 70022 Stuttgart

**Teilnahmeformular**

**für Kliniken/Behandlungszentren am neuen Register für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Osteosarkomen und biologisch verwandten Knochensarkomen (COSS-Register) und der COSS-Biobank**

**Ich möchte mit der Klinik / dem Behandlungszentrum**

**Bitte hier Klinikadresse eintragen:**

**am COSS-Register und der COSS-Biobank teilnehmen.**

**Hauptverantwortliche/r Arzt/Ärztin:**

**E-Mail:**

**Telefon:**

**Fax:**

**Klinik, Abteilung, Straße, PLZ, Ort:**

**Name, Vorname:**

**Unterschrift hauptverantwortliche/r Arzt/Ärztin:**

**Unterschrift Hauptverantwortliche/r Arzt/Ärztin:**

**Ort, Datum:**