

[School's Name]  
[Name of Headmaster]  
[School's Address]  
[City, State, ZIP Code]



## Antwortschreiben

Um Ihnen die Studie und ihre Inhalte näher zu bringen, bitten wir Sie, einen Termin zu vereinbaren. Wir gehen davon aus, dass dieser Termin etwa 1 Stunde dauern wird.

Für die Terminplanung bitten wir Sie um Terminvorschläge innerhalb der nächsten 2 Wochen zu den folgenden Zeiten. Wenn möglich, werden wir einen Termin für Sie reservieren. Andernfalls werden wir Sie telefonisch kontaktieren.

Ja, ich möchte über die Teilnahme an EUthyroid2 informiert werden und einen Termin vereinbaren.

Terminvorschlag	__ . __ . 2024	<input type="checkbox"/> 08:00	<input type="checkbox"/> 09:00	<input type="checkbox"/> 10:00	<input type="checkbox"/> 11:00
Terminvorschlag	__ . __ . 2024	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 13:00	<input type="checkbox"/> 14:00	<input type="checkbox"/> 15:00
Terminvorschlag	__ . __ . 2024	<input type="checkbox"/> 08:00	<input type="checkbox"/> 09:00	<input type="checkbox"/> 10:00	<input type="checkbox"/> 11:00
Terminvorschlag	__ . __ . 2024	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 13:00	<input type="checkbox"/> 14:00	<input type="checkbox"/> 15:00
Terminvorschlag	__ . __ . 2024	<input type="checkbox"/> 08:00	<input type="checkbox"/> 09:00	<input type="checkbox"/> 10:00	<input type="checkbox"/> 11:00
Terminvorschlag	__ . __ . 2024	<input type="checkbox"/> 12:00	<input type="checkbox"/> 13:00	<input type="checkbox"/> 14:00	<input type="checkbox"/> 15:00

Bitte geben Sie uns eine Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse an, unter der wir Sie erreichen können, falls Ihr Wunschtermin nicht mehr verfügbar sein sollte.

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Daum, Unterschrift** \_\_\_\_\_

**EUthyroid2 Büro**  
Universitätsmedizin Greifswald KÖR  
Institut für Community Medicine, Abteilung SHIP-KEF  
Teilnehmermanagement  
17475 Greifswald

Ethyroid2@uni-greifswald.de  
Telefon: 03834 86 7541