

## FORMULAR ZUR BEANTRAGUNG DER MITGLIEDSCHAFT

TEIL 1 - KONTAKTINFORMATIONEN		
Anrede	Titel	Vorname
Nachname		Geburtsdatum
Mobil Nr.		Email
Adresse:		
Strasse		Nr.
PLZ	Ort	

TEIL 2 - SPEZIALISIERUNG			
Qualifikation: (bitte ankreuzen)			
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin / Onkologie	<input type="checkbox"/>
Arbeitsstätte			

TEIL 3 - MITGLIEDSBEITRAG UND ZAHLUNGSINFORMATION	
Mitgliedsbeitrag	
Ordentliches Mitglied	20,00 EUR
Bankverbindung	
IBAN: AT35 1420 0200 1095 9145	BIC BAWAATWW

Bitte warten Sie mit der Einzahlung auf eine Bestätigung der Anmeldung per Mail!

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_