

## 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 ZAHLUNGSMITTEL

Mitgliedsbeitrag	
Ordentliches Mitglied	20,00 EUR
Bankverbindung	
IBAN: AT35 1420 0200 1095 9145	BIC EASYATW1

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_