

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Mitgliedsbeitrag für Einzelpersonen: EUR 80,-- (pro Jahr)

Titel:

Vorname:

Nachname:

Institution:

Adresse:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Telefon:

Mobiltelefon:

Wir ersuchen um Retournierung des Antragsformulars per Mail und um Überweisung des Mitgliedsbeitrags an unsere folgende Bankverbindung:

Ärztebank

IBAN: AT151813050339230000, BIC: BWFBATW1

Bitte um Bekanntgabe, wenn Sie eine Rechnung oder eine Zahlungsbestätigung benötigen.

Vielen Dank!
