

MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Mitgliedsbeitrag für Einzelpersonen: EUR 55,-- (pro Jahr)

Titel:

Vorname:

Nachname:

Institution:

Adresse:

PLZ/Ort:

e-Mail:

Telefon:

Mobiltelefon:

Fax:

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

Ärztebank

IBAN: AT151813050339230000, BIC: BWFBATW1

Bitte lassen Sie uns wissen, falls Sie eine Rechnung oder einen Zahlschein benötigen.
