

Per FAX an: ÖOG +43/1/402 79 35

AN S U C H E N

um Aufnahme als Mitglied der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft

NAME:.....

Geburtsdatum:

ARZTNUMMER:

e-mail:.....

Privatadresse:.....

Mittelbau: Ja oder Nein (bitte Nichtzutreffendes streichen!)

Klinik/Ordination/Krankenhaus.....

Adresse:.....

Zustelladresse für das Spektrum der Augenheilkunde:

Privatadresse oder Krankenhaus oder Ordination

(bitte Nichtzutreffendes streichen!)

2 Bürgen:

.....

Datum:

Unterschrift:.....