

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte der  
„Wissenschaftlichen Gesellschaft der Ärzte in der Steiermark“  
beitreten:

Anrede :     Herr                       Frau

Titel:.....

Name:.....

Vorname:.....

Adresse:.....

.....

Telefon:.....Fax:.....

Email:.....

- Arzt für Allgemeinmedizin
- Angestellter Arzt
- Facharzt für:.....ohne Praxis
- Facharzt für:.....mit Praxis

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt:

- |  |      |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Student                     | 8 €  |
| <input type="checkbox"/> Arzt im Ruhestand           | 15 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt in Ausbildung          | 22 € |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt           | 36 € |
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt       | 47 € |
| <input type="checkbox"/> Leitender Spitalsarzt       | 50 € |
| <input type="checkbox"/> außerordentliche Mitglieder | 36 € |

Datum:.....                      Unterschrift:.....

Bitte faxen an: 00 43(0) 316 / 380 16891

