

Bitte faxen oder schicken Sie dieses Formular an:

Österreichische Adipositas Gesellschaft, Währinger Strasse 76/ 13,
A- 1090 Wien

Fax: 0043/ 1/ 264 52 29



| | |
|--|---|
| Titel: | |
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| Dienstort/Krankenhaus/Organisation: | |
| Straße: | |
| Postleitzahl/Ort: | |
| Land: | |
| Telefon: | |
| Fax: | |
| E-Mail (verpflichtend): | |
| Adresse (Privat): | |
| Straße: | |
| Postleitzahl/Ort: | |
| Telefon: | |
| Fax: | |
| E-Mail: | |
| | Zutreffendes bitte ankreuzen |
| Ich bin | <input type="radio"/> Allgemeinmediziner <input type="radio"/> In Ausbildung zum Facharzt für _____ <input type="radio"/> Facharzt für _____ Mein Spezialgebiet _____ <input type="radio"/> Ich beantrage eine ordentliche Mitgliedschaft (€ 22,-) |
| Ich bin | <input type="radio"/> DiätassistentIn <input type="radio"/> ErnährungswissenschaftlerIn <input type="radio"/> BewegungstherapeutIn <input type="radio"/> sonstiges und zwar: _____ <input type="radio"/> Ich beantrage eine ausserordentliche Mitgliedschaft (€ 14,-) |
| Ich beantrage | <input type="radio"/> eine unterstützende Mitgliedschaft (Spende € _____,-) |

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Dienstanschrift/ Postanschrift auf der Homepage der Österreichischen Adipositas Gesellschaft www.adipositas-austria.org einverstanden.

- JA
- NEIN

betreffendes bitte ankreuzen

Ort/ Datum:

Unterschrift: