

Bitte faxen oder schicken Sie dieses Formular an:

Österreichische Adipositas Gesellschaft,
Währinger Straße 76/ 13, A-1090 Wien
Fax: +43/1/264 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
- Allgemeinmediziner
 - In Ausbildung zum Facharzt für
 - Facharzt für
 - Mein Spezialgebiet
 - Ich bin wissenschaftlich tätig und bin

Ich beantrage eine ordentliche Mitgliedschaft (€22,-)

-
- Ich bin
- DiätassistentIn/DiaetologIn
 - ErnährungswissenschaftlerIn
 - BewegungstherapeutIn
 - sonstiges und zwar:

Ich beantrage eine außerordentliche Mitgliedschaft (€14,50)

Ich beantrage 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: