

## ANMELDEFORMULAR

Ich melde mich verbindlich zu folgendem Seminar bzw. folgender Veranstaltung an:

Titel der Veranstaltung	
Datum (von/bis)	Veranstaltungsort
Absolvierte Seminare:	
Familienname	Vorname
Titel	Geburtsdatum
ÖÄK-Nummer	Arztnummer
Fachgebiet *)	
Wohnadresse	
Krankenanstalt <i>(mit Adresse)</i>	
Praxis <i>(mit Adresse)</i>	
Tel privat	Fax privat
Tel Praxis	Fax Praxis
Tel Spital	Handy:
E-Mail:	Homepage:

\*) TA = Turnusarzt  
 AM = Arzt für Allgemeinmedizin, (bitte angeben: angestellt/niedergelassen)  
 FA = Facharzt für ..... (bitte angeben)

Ich erkläre mich mit den Teilnahme- bzw. Stornobedingungen gemäß der Ausbildungsrichtlinien einverstanden.  
 Den Teilnahmebeitrag überweise ich spätestens bis 3 Wochen vor Veranstaltungsbeginn.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Stempel/Unterschrift**

Bitte benützen Sie für jede Veranstaltung ein eigenes Formular und senden Sie Ihre Anmeldung(en) per Fax, E-Mail oder per Post an das Sekretariat der ÖNR, Frau Simone Paumann, 6391 Fieberbrunn, Bahnhofbichl 13.

Tel.: +43 5354-52120, Fax: +43 5354-5300-731, Email: [oenr@tirol.com](mailto:oenr@tirol.com)