BEITRITTSERKLÄRUNG

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Hiermit erkläre ich meinen Beitritt per |  | zur |

Österreichischen Medizinischen Gesellschaft für Neuraltherapie und Regulationsforschung

Pflichtfelder sind mit \* gekennzeichnet.

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname\* | Vorname\* |
| Herr  | Titel | Geburtsdatum\* |
| Frau  | Geburtsname  |
| ÖÄK-Nummer**\*** | Arztnummer |
| Fachgebiet1)\* |
| Zusatzfächer/Diplome |
| Wohnadresse\*Straße, PLZ, Ort |  |
|  |
| Krankenanstalt*(mit Adresse)* |  |
|  |
| Praxis*(mit Adresse)* |  |
|  |
| Zustelladresse*(zutreffendes bitte ankreuzen)* | Wohnadresse | Praxisadresse |
| Krankenanstalt | andere: |
| E-Mail\* |
| Mobil\* | Fax  |
| Tel Praxis | Fax Praxis |
| Tel Krankenanstalt | Webseite |

**1**) AM = Arzt für Allgemeinmedizin, (bitte angeben: angestellt/niedergelassen)

 FA = Facharzt für ...... (bitte angeben)

 TA = Turnusarzt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

 **Ort/Datum Stempel/Unterschrift**

Bitte senden Sie Ihre Beitrittserklärung 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 5300-2731, Email: oenr@tirol.com