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](mailto:oenr@tirol.com)