



Austrian Academy of
COSMETIC SURGERY
AND AESTHETIC MEDICINE

Antrag auf Mitgliedschaft

Titel Vorname Nachname
Geburtsdatum

Facharztbezeichnung

Zusatzbemerkung



Austrian Academy of
COSMETIC SURGERY
AND AESTHETIC MEDICINE

Postanschrift (dienstlich)

Postanschrift (privat)

Straße Straße
PLZ PLZ
Ort Ort
Telefon Telefon
Fax Fax

E-Mail Homepage
Tätigkeit
(Chefarzt, Klinikangestellter, Belegarzt, Niedergelassener Arzt)

Zulassung gesetzlicher Krankenkassen Ja – Euro Nein – Euro

Ich benenne folgende zwei Bürger, die bereits ordentliche Mitglieder der Academy sind:

1

2

Vorname Vorname
Nachname Nachname
Titel Titel
Ort Ort
Unterschrift des Bürger Unterschrift des Bürger

Meinen Lebenslauf unter besonderer Berücksichtigung des beruflichen Werdegangs und meiner Tätigkeit auf dem Gebiet der Ästhetischen Chirurgie, mein Facharztzeugnis, sowie eine Liste entsprechender Veröffentlichungen meiner Arbeiten füge ich bei.

Datum Ort Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass nur komplett eingereichte Anträge bearbeitet werden können