



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Titel **Vorname**

Nachname

Geburtsdatum **Arztnummer bei ÖÄK**

Facharztbezeichnung

Tätigkeit

Postanschrift dienstlich

Straße

PLZ **Ort**

Telefon **Fax**

Email **Homepage**

Postanschrift privat

Straße

PLZ **Ort**

Telefon mobil

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

Name **Ort**

Name **Ort**

Ich beantrage meine Mitgliedschaft in der Austrian Academy und verpflichte mich zur Einhaltung der Statuten.

Über meinen Antrag entscheidet der Vorstand, von dessen Entscheidung ich schriftlich verständigt werde.

Datum **Unterschrift**