

An die

ÖGAZ
Österreichische Gesellschaft für Arabische Zahnärzte
Gußhausstraße 14/4
1040 Wien
zH Dr. M. Hussein - Kassier



Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen:

Familienname:

Vorname:

Männlich: ☐ Weiblich: ☐

Titel:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Tel:

Email:

Arzt/Ärztin: ☐ Student/in ☐ Assistentin ☐

Hiermit ersuche Ich um Aufnahme als Mitglied in den Verein der ÖGAZ.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Mitgliedsbeitrag pro Jahr:

Facharzt/ärztin für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde: € 120 p.a.

Student/in: € 60 p.a.

Assistent/in: € 40 p.a.

Kontoname: Österreichische Gesellschaft für Arabische Zahnärzte
Bank: Erste Bank
IBAN: AT822011182834554800
BIC: GIBAATWWXXX