



An die

ÖGZMK – Wien

z.H. Dr. Michaela Riegler

Universitätszahnklinik Wien

Sensengasse 2a

1090 Wien

E-Mail: oegzmk.wien@gmail.com

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Familienname:

Vorname:

Männlich Weiblich

Titel (vor dem Namen):

Titel (nach dem Namen):

Zahnarzt-ID:

Straße:

Nr./Stiege/Stock/Tür:

PLZ/Ort:

Tel:

E-Mail:

Ich ersuche um Aufnahme als Mitglied in den Zweigverein Wien.

Ich bin niedergelassener Facharzt / angestellter Facharzt /

Wohnsitzarzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Ich bin Assistent **ohne eigene Praxis** an der Universitätszahnklinik Wien

Ich bin Student an der Universitätszahnklinik Wien im III Studienabschnitt

(Aufnahme als außerordentliches Mitglied)

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Beitragsermäßigung für Assistenten ohne eigene Praxis und für Student:innen im III. Studienjahr maximal für 3 Jahre gilt.

Bitte zutreffendes ankreuzen

Als Mitglied der ÖGZMK-Wien werde ich durch Vorschlag des Vereines zusätzlich ordentliches/ außerordentliches Mitglied des Hauptvereines, wodurch mir keine weiteren Kosten wachsen.

ZVR:857394936

Datum

Unterschrift