



styriamed.net

Ihr regionaler Ärzteverband

## BEITRITTSERKLÄRUNG

<b>Anrede</b>	
<b>Familiennamen</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Titel</b>	
<b>Adresse privat</b>	
<b>Tel. Nr.</b>	
<b>Mobil Tel.</b>	
<b>Adresse beruflich</b>	
<b>Tel. Nr.</b>	
<b>Fax. Nr.</b>	
<b>Mobil Tel.</b>	
<b>E-Mail</b>	

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Styriamed.net - Ihr regionaler Ärzteverband ..... Die Kriterien für die Aufnahme bzw. für den Verbleib im Ärzteverband sind mir bekannt. Als Hotline für die Styriamed.net-Mitglieder gebe ich folgende Tel. Nummer an:

Hotline Nr.	
-------------	--

Ort, Datum

Unterschrift