



styriamed.net

Ihr regionaler Ärzteverband

BEITRITTSERKLÄRUNG

Anrede	
Familiennamen	
Vorname	
Titel	
Adresse privat	
Tel. Nr.	
Mobil Tel.	
Adresse beruflich	
Tel. Nr.	
Fax. Nr.	
Mobil Tel.	
E-Mail	

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