



ORGANISATION DER ÄRZTINNEN ÖSTERREICHS  
1130 Wien, Speisinger Straße 4  
www.aerztinnenbund.at

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fach: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

ÖAK-Arztnummer: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsfeld:

- Studentin
- Angestellt
- Niedergelassen
- Karenz/Ruhestand

Ich erkläre mich bereit, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von

- € 45,- Berufstätige Ärztinnen
- € 25,- Studentinnen, Ärztinnen in Karenz oder Ruhestand

zu überweisen an:

Organisation der Ärztinnen Österreichs

Bankverbindung: Bank für Ärzte und freie Berufe AG

IBAN: AT 49 1813 0831 3231 0000 BIC: BWFBATW1

Beitrittsdatum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte Änderungen bekanntgeben.