



AGA –AUFNAHMEANTRAG

(Bitte deutlich lesbar ausfüllen)

oder online Antrag:

<http://www.aga-online.de/information/mitgliedschaft/mitgliedsantragonline/>

Name: _____

Titel.: _____ Vorname: _____ Geb. Jahr: _____

e-mail: _____ @ _____

Tel.Nr. (tagsüber): _____ Fax:: _____

Mobile Tel. Nr.: _____

o Klinik- oder Praxisadresse*:

(* bitte maßgebende Anschrift für die Zustellung der Zeitschrift „Arthroscopie“ ankreuzen)

Klinik /Ordination: _____

Straße: _____

Stadt, Land: _____

o Privatadresse*

Straße: _____

Stadt, Land: _____

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages von derzeit **EUR 95,- od. CHF 120,-**.

Ich bin damit einverstanden, daß meine Post-Adresse ausschließlich an AGA- Mitglieder weitergegeben wird.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie diesen Antrag deutlich lesbar ausgefüllt an die
AGA , zu Handen Frau Eva Maria Pinz, Porzellangasse 8/23, A-1090 Wien
Tel. : 0043-1-407 64 32 Fax: 0043 -1-253 30 33 - 9035 eMail: aga-online@chello.at