



AGA –AUFNAHMEANTRAG JUNIORMITGLIEDSCHAFT (bis 28 Jahre)

(Bitte deutlich lesbar ausfüllen)

Name: _____

Titel.: _____ Vorname: _____ Geb. Datum _____
(tt mm jjjj)

e-mail: _____ @ _____

Tel.Nr. (tagsüber): _____ Fax:: _____

o Klinik- oder Praxisadresse*:

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

Klinik /Ordination: _____

Straße: _____

Stadt, Land: _____

o Privatadresse*

Straße: _____

Stadt, Land: _____

BEITRAGSFREI !

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

Datum: _____ Unterschrift: _____ Stempel: _____

**Bitte senden, faxen oder mailen Sie diesen Antrag deutlich lesbar ausgefüllt an die
AGA , zu Händen Eva Maria Pinz, Porzellangasse 8/23, 1090 Wien, Österreich
Tel. : +43-1-407 64 32 Fax: +43 -1-253 30 33 - 9035 E-mail : info@aga-online.de**

**VORLAGE EINER KOPIE DER IMMATRIKULATIONSBESCHEINIGUNG ERFORDERLICH !
Nach dem 28. Lebensjahr geht die Mitgliedschaft automatisch in eine normale Mitgliedschaft über.**