

# BEITRITTSERKLÄRUNG

zur AKTION FREIER ARZT

(bitte vollständig ausfüllen - DANKE !)

Aktion Freier 

als  ordentliches Mitglied  
 außerordentliches Mitglied

Titel :	
Vorname :	
Nachname :	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Anschrift :	
Tel.:	
Fax:	
e-mail:	

Ich bin :

<input type="checkbox"/> Arzt für Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/> in Praxis	<input type="checkbox"/> mit Kassen	<input type="checkbox"/> Wahlarzt
<input type="checkbox"/> Facharzt für :	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus/anders :		
	<input type="checkbox"/> in Praxis	<input type="checkbox"/> mit Kassen	<input type="checkbox"/> Wahlarzt
	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus/anderes :		

in Turnus-Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

in Ausbildung zum FA für:

in Pension

angehörend der Kurie:

Sektion:

Meine besonderen standespolitischen Interessen / Anregungen :

Datum :

Formular bitte entweder ausdrucken und senden an : AKTION FREIER ARZT  
Rabensteinersteig 34  
8044 Graz

oder faxen an : +43 316 2311231968

oder zuerst speichern und dann als Anlage mailen an : [info@aktionfreierarzt.at](mailto:info@aktionfreierarzt.at)

**WIR WERDEN UNS BEI IHNEN MELDEN !**