



Österreichische Gesellschaft
für Neurologie

ÖGN-Mitgliedschaft - Beitrittserklärung

Bitte per Fax senden an: **+43 1/890 34 74-25**

.....
Familienname

Vorname

Titel

ADRESSE (Dienstort)

Institution:

Abteilung:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.: Fax:

E-Mail:

ADRESSE Privat u/o Ordination

Straße:

PLZ/Ort:

Tel.: Fax:

E-Mail:

Berufsprofil

angestellte/r Arzt/Ärztin

Abteilung universitär

Abteilung außeruniversitär

niedergelassene/r Arzt/Ärztin

Ich bin

Facharzt/Fachärztin für Neurologie & Psychiatrie

Facharzt/Fachärztin für Neurologie

Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie & Neurologie

Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie

Ich stehe in Ausbildung zur/zum

Fachärztin/Facharzt für Neurologie

Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie

In bin in Pension/Ich bin im Ruhestand



Österreichische Gesellschaft
für Neurologie

Bitte senden Sie die **ÖGN-Zeitschrift *neurologisch***
an:

- meinen Dienstort
- meine Privatadresse

Bitte senden Sie die **ÖGN-Newsletters**
an:

- meine E-Mail-Adresse am Dienstort
- meine private E-Mail-Adresse

Mitgliedsbeiträge pro Jahr

Fachärzte/Fachärztinnen	€	50,00
In Ausbildung Stehende/in Pension	€	25,00

Bitte überweisen Sie Ihren Mitgliedsbeitrag mittels des beiliegenden Erlagscheins auf das
**ÖGN-Konto bei der Bank Austria Creditanstalt AG, IBAN: AT74 1200 0100 1258 6482,
BIC: BKAUATWW.**

Weitergabe meiner Daten

Ich erkläre mein Einverständnis zur Weitergabe meiner Daten (ausschließlich berufliche Daten,
Dienstort) für Aussendungen im Rahmen von medizinischen Kongressen, medizinischen Verlagen und
fachspezifisch relevanten Unternehmen der Industrie.

- Ja
- Nein

.....
Datum und Unterschrift