



Kremser Gasse 20  
3100 St. Pölten  
Tel.: 0664/424 84 26  
FAX: 050511 3109  
E-Mail: oegzmknoe.office@kstp.at

## BEITRITTSERKLÄRUNG

NAME: \_\_\_\_\_

ADRESSE mit Stempel: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_

FAX-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

Ich erkläre meinen Beitritt zur:

**Österreichische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde NÖ**

Nach den derzeitigen Statuten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt: € 150,- pro Jahr  
Raiffeisenbank St. Pölten, Bankstelle Karlstetten  
IBAN: AT04 3258 5000 0100 0066  
BIC: RLNWATWWOBG