Kremser Gasse 20
3100 St. Pölten
Tel.: 0664/424 84 26
FAX: 050511 3109
E-Mail: oegzmk@noe.zahnaerztekammer.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