

An den Vorstand der Österreichischen Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin e.V.  
Univ.-Prof. Dr. Hans Tilscher  
Geriatrizentrum am Wienerwald, Gebäude A, Jagdschloßgasse 59, 1130 Wien

## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich stelle hiermit einen Antrag auf Mitgliedschaft bei der Österreichischen Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin (ÖÄGMM) e.V., 1130 Wien  
BERUFSNACHWEIS (Ärzteausweis, Promotionsurkunde) in Kopie beilegen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Klinik / Praxis: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plzort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Beruf/Fach: \_\_\_\_\_

und / oder Privatanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

Plzort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft gewünscht ab dem Jahr: \_\_\_\_\_

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt 2018 für ein Jahr Euro 76,00; darin inkludiert ist der Bezug der Zeitschrift „Manuelle Medizin“, welche vom Springer Verlag direkt an die Mitglieder versandt wird. Mit der Weitergabe meiner Adresse an den Springer Verlag ausschließlich zum Bezug der Zeitschrift "Manuelle Medizin" bin ich einverstanden.

Zeitschrift und Korrespondenz senden an:  Klinik / Praxis  Privat

Die Mitgliedschaft ist unbefristet und besteht unabhängig von der Teilnahme an Fortbildungskursen, Kündigung der Mitgliedschaft bis 30. Nov. des laufenden Jahres, andernfalls erfolgt eine automatische Verlängerung.

Mit der Zusendung von Informationen über Fortbildungen, Seminare, Kurse für Manuelle Medizin, fachübergreifende Tagungen, Angebote und Informationen rund um den medizinischen Bereich der Manuellen Medizin - Konservativen Orthopädie an oben angegebene email-Adresse bin ich

einverstanden  nicht einverstanden

Nach Beendigung meiner Ausbildung und Erhalt des Diploms für Manuelle Medizin bin ich mit der Weitergabe meiner Adresse an Patienten

einverstanden  nicht einverstanden

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