



## Palästinensische Ärzte- & Apothekervereinigung Österreich

A-1090 Wien, Spitalgasse 19/1 Tel.: +43 1 276-07-92

E-Mail: paav@palaestina.co.at www.palaestina.co.at

### Antrag auf Mitgliedschaft

_____	_____
Titel	Mitgliedsnummer
_____	_____
Familienname	Beruf
_____	_____
Vorname	Mittelname
_____	_____
Geburtsort	Geschlecht Familienstand
_____	_____
Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum (Tag.Monat.Jahr)
_____	_____
Name der Kinder (Geburtsdatum)	_____
_____	_____
Hobbys	_____

Erreichbar unter der folgenden Adresse:

_____	_____	_____
Plz.	Ort	Tel.
_____	_____	_____
Strasse		Fax
_____		_____
E-Mail		Mobil

Ordination/Apotheke/Spital:

_____	_____	_____
Fachliche Ausbildung		
_____	_____	_____
Plz.	Ort	Tel.
_____	_____	_____
Strasse		Fax
_____		_____
E-Mail		Mobil

Mit meiner Unterschrift, bestätige ich die Richtigkeit der oben angeführten Daten, und erkläre mich mit den Statuten der Palästinensische Ärzte- & Apothekervereinigung Österreich einverstanden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift