

# Aufnahmeantrag

An das Sekretariat der ÖGENDO  
c/o Wiener Medizinische Akademie  
Alser Straße 4; 1090 Wien  
Tel.: +43 (0) 1 405 13 83 / 24  
Fax: +43 (0) 1 407 82 74  
E-mail: [ogendo@medacad.org](mailto:ogendo@medacad.org)  
ZVR-Zahl: 930132603



\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-mail

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der ÖGENDO als  
"Zweitmitglied" und bestätige hiermit verbindlich bereits  
ordentliches Mitglied der ÖGZMK bei unten stehendem  
Zweigverein zu sein.

- Zahnarzt (selbstständig) 110 €/Jahr  
 Zahnarzt (nicht selbstständig) 55 €/Jahr

\_\_\_\_\_  
(UNBEDINGT Zweitmitgliedschaft angeben, bitte auch das Bundesland)

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der ÖGENDO und der  
ÖGZMK :  
(Mitgliedschaft ÖGZMK noch nicht vorhanden)

- Zahnarzt (selbstständig) 188 €/Jahr  
(78 €/Jahr ÖGZMK inkl.)  
 Zahnarzt (nicht selbstständig) 133 €/Jahr  
(78 €/Jahr ÖGZMK inkl.)

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der ÖGENDO und bin Student  
der Zahnmedizin, den entsprechenden Nachweis habe ich  
beigefügt.

- Student der Zahnmedizin 15 €/Jahr

Mit der Unterschrift erkläre ich mich einverstanden Zusendungen und Informationen von der ÖGENDO in postalischer und elektronischer Form zu erhalten. Ebenso gebe ich mein Einverständnis dafür, dass mein Name auf der Website der ÖGENDO unter dem Mitgliederverzeichnis angeführt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum & Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift