



Berufsverband österreichischer
DERMATOLOGEN

Beitrittserklärung

Name: _____

Adresse: _____

Email: _____

Telefon: _____

Ärztinnen oder Ärzte in Ausbildung sind von der Jahresgebühr befreit, eine Bestätigung der Ausbildungsabteilung wird benötigt.

Bitte Scan an sekretariat@bvoed.at

oder Fax an 02272 64251115

IBAN: AT94 1813 0860 2880 0000

BIC: BWFBATW1

Vielen Dank!