

.....

An die  
Vereinigung der österreichischen Kleintiermediziner  
c/o Dr. Claudia Glück-Ragnarsson

Traunuferarkade 10/1  
4600 Wels

Fax: 07242/207631-20

### Beitrittserklärung zur Vereinigung Österreichischer Kleintiermediziner

Ich ersuche hiermit um Mitgliedschaft bei der Vereinigung Österreichischer Kleintiermediziner.

Name : .....

Titel : ..... Geburtsdatum : .....

Adresse : .....

PLZ : ..... Ort : .....

Telefon : ..... Fax .....

Mail : ..... Tierärztausweisnummer: .....

Anteil der Kleintiere an der Gesamtpraxis:

100%     75%     50%     25%     weniger

Ordinationshilfe:     Tierarzthelferin     Gattin     Student

Jungakademiker

Ordinationszeiten: .....

.....

.....  
(Datum, Unterschrift)