



**Ansuchen um Aufnahme**  
als  
**ASSOZIIERTES MITGLIED**

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

Titel: \_\_\_\_\_

Adresse / Krankenhaus: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Das Ansuchen wird befürwortet durch:**

**1. Befürworter:** (Mitglied der Gesellschaft und Ausbildungsverantwortlicher, Ordinarius, Abteilungsvorstand usw. der Institution, an welcher der Großteil der Ausbildung absolviert wurde)

Name:

Unterschrift

**2. Befürworter:** (Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie)

Name:

Unterschrift

**Beilagen:** Lebenslauf, Ausbildungsbestätigung, wissenschaftliche Aktivität (Vorträge, wissenschaftliche Arbeiten, spez. Fortbildungsbesuche, ev. OP-Katalog usw.)

***Einzusenden an das Sekretariat der Gesellschaft:***

Besondere Einrichtung für Biomedizinische Forschung  
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien  
Tel.: +43-(0)1-40400-5221, Fax: +43-(0)1-40400-5229  
E-mail: [office@plastischechirurgie.org](mailto:office@plastischechirurgie.org)  
Homepage: <http://www.plastischechirurgie.org>