

**Zur Speicherung Ihrer Daten bitten wir um sorgfältige Beantwortung dieses Fragebogens in deutlicher Schrift.**



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

Akad. Grad: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geschlecht: w:  m:

**Privatanschrift:**

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Anschrift des Arbeitgebers:**

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**An welche Anschrift sollen Aussendungen (z. B. HNO-Mitteilungen) geschickt werden?**

Privat  Arbeitgeber

**An welche Anschrift sollen unsere Rundschreiben geschickt werden?**

Bitte nur eine Versandart angeben.

E-Mail/Privat  E-Mail/Arbeitgeber

Mit der Veröffentlichung meiner Neuaufnahme in den HNO-Mitteilungen bin ich einverstanden ja  nein

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V.**

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift)