



Österreichische Gesellschaft für
Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie

Beitrittserklärung zur Österreichische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (ÖGAPP)

Titel	Familienname	Vorname	Beruf
-------	--------------	---------	-------

Adresse (Dienststelle)

Institution:

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____

Adresse (Privat)

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____

- FachärztInnen für Psychiatrie/Neurologie/psychosomatische Medizin bzw. in Ausbildung
(Ordentliche Mitgliedschaft Jahresbeitrag € 30,-)
- Alle anderen ÄrztInnen und Personen anderer Berufsgruppen, die im Gebiet der
Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie tätig bzw. daran interessiert sind
(Außerordentliche Mitgliedschaft Jahresbeitrag € 10,-)

Bitte überweisen Sie den jeweiligen Betrag auf das Konto der ÖGAPP:
Hypo Landesbank Vorarlberg, BLZ 58000, Konto-Nummer: 10553615017
IBAN: AT535800010553615017, BIC/SWIFT-Code: HYPVAT2B

Datum

Unterschrift

Bitte schicken Sie dieses vollständig ausgefüllte Antragsformular per Fax oder per Post an
Prim. Dr. Christian Jagsch, Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie,
Landesnervenklinik Sigmund Freud, Wagner-Jauregg-Platz 1, 8053 Graz,
Tel.: 0316/2191-2216, Fax: 0316/2191-3585, e-Mail: app@lsf-graz.at