



Absender

Verband Österreichischer Kieferorthopäden
- Geschäftsstelle -
Waidhausenstraße 11/2
1140 Wien

office@voek.info

FAX 01/914 90 90 - 9

Anmeldung zum Austrian Board of Orthodontists

Hiermit melde ich mich zum nächstmöglichen Termin zur Erlangung des Austrian Board of Orthodontists (ABO) an. Gleichzeitig bestätige ich hiermit, dass ich

- seit mindestens 3 Jahren in eigener Praxis vorwiegend kieferorthopädisch tätig bin
- seit mindestens 3 Jahren in eigener Praxis ausschließlich kieferorthopädisch tätig bin
- seit mindestens 3 Jahren als Kieferorthopäde/-in in der Praxis / im Institut
..... angestellt bin
- seit mindestens 3 Jahren an der kieferorthopädischen Abteilung der Universität
..... tätig bin

**Entsprechende Nachweise sind zu erbringen.
Die aktuellen Richtlinien zur Erlangung des ABO sind mir bekannt (www.voek.info).**

Name

Adresse

PLZ Ort

Telefon Fax

e-mail

..... Datum

Ort

.....

Unterschrift

