

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

- o seit mindestens 3 Jahren in eigener Praxis vorwiegend kieferorthopädisch tätig bin
- o seit mindestens 3 Jahren in eigener Praxis ausschließlich kieferorthopädisch tätig bin
- o seit mindestens 3 Jahren an der kieferorthopädischen Abteilung .....  
..... tätig bin
- o mindestens 2 Jahre Vollzeit an der kieferorthopädischen Abteilung der Universität  
..... tätig bin bzw. war.

**Die aktuellen Richtlinien zur Erlangung des ABO sind mir bekannt ([www.voek.info](http://www.voek.info)).**

Name .....

Adresse .....

PLZ ..... Ort .....

Telefon ..... Fax .....

e-mail .....

.....  
Ort Datum

.....  
Unterschrift

