

**Antrag auf Mitgliedschaft der Interessengemeinschaft der  
griechischen, niedergelassenen Ärzte in München und Umgebung  
(IATRIKI-MUC.de)**

Anrede: .....

Titel: .....

Vorname: .....

Nachname: .....

Beruf / Fachbereich: .....

Strasse: .....

PLZ, Ort .....

Tel. Festnetz: .....

Tel. Mobil: .....

eMail: .....

Datum, Unterschrift: .....

**Der Jahresbeitrag der Mitgliedschaft liegt bei 60 €.**

Bitte senden Sie diesen ausgefüllten und unterschriebenen Antrag

- per eMail als eingescanntes PDF an eMail: [info@iatriki-muc.de](mailto:info@iatriki-muc.de)

oder

- per Post an: Zahnarztpraxis im Lehel, Dr. Papavasileiou, Widenmayerstraße 15, 80538 München