

**Mitteilung bez. Interesse an der Nutzung des eVGA:**

Hiermit teilen wir namens der u.a. Institution mit, dass ein Interesse an der weiteren Nutzung des eVGA zu den beiliegenden Nutzungsbedingungen besteht.

Unser geplanter Nutzungsumfang:

- Unlimitiert      Nutzungsentgelt pro Monat: Euro 200,-  
oder
- Limitiert      Nutzungsentgelt pro Monat: Euro 50,-

....., am .....

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

**Kontaktdaten:**

Institution/Firma:	
Firmenbuchnr:	
Anschrift:	
Telefon:	
Mail:	
Webseite:	

**Kontaktperson:**

Name:	
Abteilung:	
Telefon:	
Mail:	

Bitte rücksenden an:

DI Michael Nöhammer, Österreichische Ärztekammer  
Weihburggasse 10 – 12, 1010 Wien

Mail: [m.noehammer@aerztekammer.at](mailto:m.noehammer@aerztekammer.at), Fax: 01/514 06 – 3042 DW