

Antrag auf Mitgliedschaft

Nachname:		
Vorname:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Bürgerschaft	Ö. Bürgerschaft	
Titel:	Sprache:	
Fachgebiet:	Universität:	
Arbeitsplatz:		
Ärzttekammern No:	Nostrifizierung noch:	
Familienstand:	Kinder:	
Wohnadresse:		
PLZ:	Ort:	Bundesland:
Wohnadresse:		
Telefonnummer:		
E-Mail-Adresse:		

Mitgliedsbeitrag:

Der derzeitige Mitgliedsbeitrag beträgt 120 € und ist jährlich zu entrichten. Die Mitgliedschaft ist unbefristet und kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 4 Wochen schriftlich gekündigt werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Verein „**Arabische Medizinische Gesellschaft - Österreich**“.

Ich habe die Geschäftsordnung gelesen und bin damit einverstanden.

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten in (**Arabische Medizinische Gesellschaft - Österreich**) gespeichert werden. **Arabische Medizinische Gesellschaft - Österreich** verpflichtet sich, diese Daten für Forschungszwecke zu verwenden, die den Zielen des Vereins dienen und den Interessenvertretern keinen Schaden zufügen.

Zustimmen: ☐ Ja ☐ Nein

Ort: _____, am _____ Untersreiben _____