Antrag zur Mitgliedschaft

Persönliche Informationen

Titel (vorgestellt) _____ Titel (nachgestellt) _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Geb.Datum: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____ Telefon: _____

Allgemeines

Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 125,- für 12 Monate und ist sofort fällig. Bitte überweisen Sie den Beitrag auf das folgende Verbandskonto:

Volksbank Wien AG
Kontowortlaut: Schutzverband Hausapothekenführenden Ärzte
IBAN: AT19 4300 0461 9899 6004

Der Antrag ist vollständig ausgefüllt und unterschrieben an info@hapo-schutzverband.at zu senden. Die Statuten können auf der Verbandswebsite eingesehen werden oder werden auf Wunsch zugeschickt. Die Mitgliedschaft ist jährlich kündbar. Eine Kündigung ist nur durch schriftliche Erklärung per Brief oder E-Mail möglich.

Mitgliedschaft

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Mitgliedschaft im Schutzverband der Hausapotheken führenden Ärzte Österreichs und erkenne die Statuten in ihrer gültigen Fassung an. Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Vereinsverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift