

Beitrittserklärung

TEIL DER GEMEINSCHAFT WERDEN

Ja, ich möchte ALUMN-I-MED als Mitglied angehören. Ich bin damit einverstanden, dass meine unten angeführten Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung für die Dauer meiner Mitgliedschaft gespeichert und verwaltet werden.

- ordentliche Mitgliedschaft (25 Euro Jahresbeitrag)
- fördernde Mitgliedschaft (ab 50 Euro Jahresbeitrag)
- ermäßigte Mitgliedschaft für ÄrztInnen in Ausbildung (10 Euro Jahresbeitrag)
- kostenfreie Mitgliedschaft (Studierende bis 2 Jahre nach Studienabschluss)

Titel

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Plz, Ort

Land

Telefon

E-Mail

Studienort, Datum Studienabschluss

Facharzttrichtung

o niedergelassen o angestellt

l.

Datum Unterschrift

Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Formular per Post, Fax oder E-Mail an ALUMN-I-MED. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung durch Schreiben jeglicher Art an ALUMN-I-MED (alumni@i-med.ac.at) zu widerrufen.