



Anmeldeformular

Förderndes Mitglied:

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatadresse: _____

Praxisadresse: _____

Telefon: _____ Email: _____

Spende für die ÖGKOP-Vereinsarbeit mindestens in der Höhe des Mitgliedsbeitrags von € 90/Jahr.

Zustimmungserklärung

- Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zur Mitgliederverwaltung im Sinne der Vereinsstatuten verarbeitet werden. Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Wir bitten Sie Änderungen Ihrer Daten in eigener Verantwortung an uns weiterzuleiten.

Datum

Unterschrift