



Anmeldeformular

Ordentliches Mitglied

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Privatadresse: _____

Praxisadresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____

Jahr der Diplomierung/Graduierung: _____ Ort der Ausbildung: _____

Bitte Zeugnisse, Graduierungsurkunde, Ausbildungsnachweise beilegen.

Mitgliedsbeitrag: € 90,- /Jahr

Einschreibgebühr: € 10,-

Zustimmungserklärung

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

Ich bin einverstanden, dass meine Daten auf der ÖGKOP-Homepage veröffentlicht werden.

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

Datum

Unterschrift

Unsere Kontodaten:

ÖGKOP, Konto-Nummer 1672393, IBAN: AT90384600001672393, Bankleitzahl: 38460, BIC RZSTAT2G460

