



# Anmeldeformular

Ordentliches Mitglied:

Anrede: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Privatadresse: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Bitte Zeugnisse, Graduierungsurkunden oder Ausbildungsnachweise übermitteln.

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