



BEITRITTSERKLÄRUNG

zur Österreichischen Wissenschaftlichen Ärztegesellschaft für Akupunktur
G.König / I.Wancura

Für unsere Mitgliederdatei benötigen wir Ihre Daten. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit € 75,-- pro Kalenderjahr.

Familienname		Vorname	
Herr <input type="checkbox"/>	Titel	Geburtsdatum	
Frau <input type="checkbox"/>		Geburtsname	
Arztnummer		ÖÄK-Nummer	
Fachgebiet		<input type="checkbox"/> Turnusarzt <input type="checkbox"/> Arzt für Allgemeinmedizin (angestellt/niedergelassen) <input type="checkbox"/> Facharzt für	
Zusatzfächer / Diplome			
Wohnadresse			
Krankenanstalt mit Adresse			
Praxis mit Adresse			
Zustelladresse (Zutreffendes bitte ankreuzen)		<input type="checkbox"/> Wohnadresse	<input type="checkbox"/> Praxisadresse
		<input type="checkbox"/> Spitalsadresse	<input type="checkbox"/> andere:
Tel privat		Fax privat	
Tel Praxis		Fax Praxis	
Tel Spital		Handy:	
E-mail		Homepage:	

Wenn Sie bereits Akupunktur-Diplominhaber sind, und das Ärzteservice für Patienten unserer Homepage (Datei, Suchfunktion nach Akupunkturärzte) in Anspruch nehmen wollen, senden Sie uns bitte auch das ausgefüllte Datenblatt.

Auszug aus unseren Statuten:

Ordentliches Mitglied kann jeder Arzt, Zahnarzt, promovierter Mediziner oder Student ab dem neunten Semester werden. Die Mitglieder des Vereins sind berechtigt, an der Generalversammlung teilzunehmen und Anträge zu stellen. Ferner steht allen Mitgliedern das Recht zur Teilnahme an den Veranstaltungen des Vereins zu. Die Mitgliedschaft endet durch den Tod, durch freiwilligen Austritt, durch Streichung und durch Ausschluss. Der Austritt ist dem Vorstand schriftlich mittels rekommandiertem Schreiben anzuzeigen. Er kann bis spätestens 3 Monate vor Ablauf des Kalenderjahres erklärt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der angegebenen Daten, und erkläre hiermit meinen Beitritt zur Österreichischen wissenschaftlichen Ärztegesellschaft für Akupunktur. Mit der Übermittlung von Informationen via Fax oder E-Mail erkläre ich mich einverstanden, ebenso mit der EDV-mäßigen Speicherung meiner Daten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Wir danken für Ihre Mithilfe und ersuchen Sie, dieses Blatt ausgefüllt an uns zu retournieren:
ÖWÄA, Schwindgasse 3/9, A-1040 Wien, Tel. 01/505 0392 FAX 01/ 5041502