BEITRITTSERKLÄRUNG ZUM VEREIN ÄRZT:INNEN FÜR AKUPUNKTUR

Auszug aus den Statuten der ÄRZT:INNEN FÜR AKUPUNKTUR:
Ordentliches Mitglied kann jeder Arzt, Zahnarzt, promovierter Mediziner, Studierende ab dem neunten Semester oder Hebamme 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 freiwilligen Austritt, durch Streichung, durch Ausschluss oder durch den Tod.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit € 105,- pro Kalenderjahr / bei SEPA Lastschriftverfahren € 95.-
Der Austritt ist dem Vorstand schriftlich mittels recommandiertem Schreiben anzuzeigen. Er kann bis spätestens drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres erklärt werden.

Familienname	Vorname
Herr □ / Frau □ Titel	Geburtsdatum
ÖÄK-Nummer	Geburtsname
Fachgebiet / in Ausbildung	
Wohnadresse Telefon	Zustelladresse □
Ordinationsadresse Telefon	Zustelladresse □
Email	Homepage

Gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) geben Sie mit dieser Beitrittserklärung Ihre Zustimmung zur elektronischen Speicherung und Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Mailadresse, Beruf, Titel) und im Falle eines Bank-Einziehungsauftrages (SEPA-Lastschrift) auch Ihrer Daten zur Bankverbindung. Die angegebenen Daten werden zur Erfüllung des Vereinszweckes (Dokumentation von Akupunkturausbildung, Teilnahme an Akupunktur-Veranstaltungen, postalische Zusendung der Zeitschrift für Akupunktur durch den Springer-Verlag.) verwendet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der angegebenen Daten, und beantrage die Mitgliedschaft zum Verein Ärzt:innen für Akupunktur. Mit der Übermittlung von Informationen via E-Mail erkläre ich mich einverstanden, ebenso mit der EDV-mäßigen Erfassung, Speicherung und Bearbeitung meiner Daten.

....
Ort, Datum Unterschrift

Dieses Blatt bitte ausgefüllt retournieren an:
ÄRZT:INNEN FÜR AKUPUNKTUR
Mariahilfer Straße 47/5/6, AT-1060 Wien, office@akupunktur.org, Fax 01/5041502

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft bei ÄRZT:INNEN FÜR AKUPUNKTUR zu Lasten meines Kontos

IBAN

BIC

Kontoinhaber

durch SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Datum: Unterschrift: