

An die
Wahlärzte Steiermark
Gasselsdorf 78
8543 Gasselsdorf

E-Mail: office@wahlarzt-spitalsarzt.at

Mitgliedsantrag

Ich beantrage
die Aufnahme
als ordentliches
Mitglied der
**Wahlärzte
Steiermark**

Datenschutz: Ich bin mit der elektronischen Speicherung meiner Mitgliederdaten für die Zeit meiner Mitgliedschaft einverstanden. Die Daten werden ausschließlich für Vereinszwecke (Mitgliederverwaltung, Mailings etc.) genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Diese Erklärung erlischt mit Beendigung der Mitgliedschaft oder bei Widerruf.

Ja Nein

Die Jahresmitgliedschaft beträgt Euro 40,- pro Jahr. Nach Eintreffen der Anmeldung erhalten Sie die Beitrittsbestätigung, sowie den entsprechenden Erlagschein.

Kontonummer: AT17 3800 0000 0570 6163

Titel	_____
Vorname	_____
Nachname	_____
Geburtsdatum	_____
Tätigkeit/Fach	_____
Ordination	_____
Straße	_____
PLZ/Ort	_____
Telefon	_____
Fax	_____
Mobil	_____
E-Mail	_____

Ort, Datum, Unterschrift (ev. Stempel)