

BEFÜRWORTUNG

Antrag auf Mitgliedschaft

Titel/Name (IN BLOCKSCHRIFT): _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

ÖÄK-Nummer (wenn vorhanden): _____

€ 150.-* **Fachärztin/Facharzt für**

€ 50.-* **In Ausbildung zum Fach (ich trage noch keinen Facharztstitel) / Medizinischer
Fachberuf**

€ 0.- **Studentin/Student (bis zum vollendeten 26. Lebensjahr, Kopie des
Studentenausweises erforderlich)**

* Der Mitgliedsbeitrag ist jährlich - unabhängig vom Besuch von ÖGU Veranstaltungen - zu bezahlen. Die ÖGU Mitgliedschaft verlängert sich automatisch und kann nur per Jahresende gekündigt werden.

Die Mitgliedschaft wird von folgenden zwei ordentlichen ÖGU Mitgliedern befürwortet:

Name: _____

Name: _____

Staat: _____

Staat: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Eine Anmeldung als Mitglied ist ohne das Erheben, Speichern und Verarbeiten Ihrer persönlichen Daten nicht möglich. Dies geschieht entsprechend der jüngsten Rechtsvorschriften zu Datenschutz (EU-DSGVO 2018). Die detaillierten Datenschutzbestimmungen und Informationspflichten finden Sie unter <http://www.unfallchirurgen.at/datenschutz/>.

(Datum)

(Unterschrift Antragsteller)

Antrag angenommen von: _____

am: _____

Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie
Opengasse 20B • A-1040 Wien
Tel: +43 (0)1 588 04 - 606 • Fax: +43 (0)1 588 04 - 185
E-Mail: office@unfallchirurgen.at • URL: www.unfallchirurgen.at
ZVR-Zahl: 643463011

Erste Bank Wien
IBAN-Code: AT29 2011 1000 0530 6221 • BIC: GIBAATWW