

# Beitrittserklärung

## TEIL DER GEMEINSCHAFT WERDEN



ALUMN-I-MED

Ja, ich möchte ALUMN-I-MED als Mitglied angehören. Ich bin damit einverstanden, dass meine unten angeführten Daten zum Zweck der Mitgliederverwaltung für die Dauer meiner Mitgliedschaft gespeichert und verwaltet werden.

- ordentliche Mitgliedschaft (25 Euro Jahresbeitrag)  
 fördernde Mitgliedschaft (ab 50 Euro Jahresbeitrag)  
 ermäßigte Mitgliedschaft für Ärztinnen in Ausbildung (10 Euro Jahresbeitrag)  
 kostenfreie Mitgliedschaft (Studierende bis 2 Jahre nach Studienabschluss)

Titel .....

Nachname .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße .....

Plz, Ort .....

Land .....

Telefon .....

E-Mail .....

Studienort, Datum Studienabschluss .....

Facharzttrichtung .....

- niedergelassen     angestellt     pensioniert

Datum ..... Unterschrift .....

**Bankverbindung: Hypo Tirol Bank**

**IBAN: AT61 5700 0210 1115 4565**

*Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Formular per Post oder E-Mail an ALUMN-I-MED (alumnimed@i-med.ac.at) . Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung durch Schreiben an ALUMN-I-MED (alumni@i-med.ac.at) zu widerrufen.*