Österreichische Gesellschaft für Kinderzahnmedizin
ZVR-Zahl: 181816709, Innsbrucker Bundesstraße 35, A-5020 Salzburg
Tel: +43 (0)660 4294829, Fax: +43 (0)662 9010 2309
Mail: office@kinderzahnmedizin.at Homepage: www.kinderzahnmedizin.at

ÖGKiZ
ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDERZAHNMEDIZIN

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Österreichischen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin, Zweigverein der ÖGZMK als:

bitte ankreuzen:	Jahresbeitrag:
☐ **ÖGKiZ Hauptmitglied** (wenn Sie kein Mitglied in der ÖGZMK sind)	€ 170,-
☐ **ÖGKiZ Nebenmitglied** (wenn Sie Mitglied in der ÖGZMK sind)	€ 95,-
☐ **ÖGKiZ außerordentliches Mitglied** (wenn Sie nicht in Österreich leben)	€ 95,-
☐ **ÖGKiZ außerordentliches Mitglied als Student** *	kostenlos
☐ **ÖGKiZ außerordentliches Mitglied als Pensionist**	kostenlos

* **Die studentische Mitgliedschaft** in der ÖGKiZ ist gegen Vorlage einer gültigen Immatrikulationsbescheinigung, die nach Ablauf eines Jahres erneut vorzulegen ist, kostenlos. Bei Beendigung des Studiums geht die Mitgliedschaft automatisch in eine Hauptmitgliedschaft über.

Ihre persönlichen Daten: (Bitte entnehmen Sie alle Informationen zur DSGVO unserer Homepage)

Anrede, bitte wählen:	☐ Herr ☐ Frau ☐ Divers
Titel (akadem. Grad):	
Vorname:	
Name:	
Adresse:	(Hier Ordinationsadresse angeben, bzw. die Adresse unter der Sie bei der ÖZÄK gemeldet sind) ☐ Das ist meine Ordinationsadresse ☐ Das ist meine Privatadresse
Anschrift:	
Straße, Hausnr.:	
Land, PLZ, Ort:	
Telefon:	
Mailadresse:	

☐ Ich habe die Vereinsstatuten sowie die Datenschutzerklärung für Mitglieder auf der ÖGKiZ Website gelesen und stimme diesen zu.

☐ Ich stimme der elektronischen Speicherung und verarbeitung obiger Daten durch die ÖGKiZ zu administrativen Zwecken gemäß der Datenschutzrichtlinie zu. Meine Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift: _____