

BEITRITTSERKLÄRUNG

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

bitte ankreuzen:

Jahresbeitrag:

<input type="checkbox"/> ÖGKiZ Hauptmitglied (wenn Sie kein Mitglied in der ÖGZMK sind)	€ 170,-
<input type="checkbox"/> ÖGKiZ Nebenmitglied (wenn Sie Mitglied in der ÖGZMK sind)	€ 95,-
<input type="checkbox"/> ÖGKiZ außerordentliches Mitglied (wenn Sie nicht in Österreich leben)	€ 95,-
<input type="checkbox"/> ÖGKiZ außerordentliches Mitglied als Student *	kostenlos
<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers
Titel:		Zahnärztenummer:	
Vorname:			
Name:			
Adresse:	(Hier Ordinationsadresse angeben, bzw. die Adresse unter der Sie bei der ÖZÄK gemeldet sind) <input type="checkbox"/> Das ist meine Ordinationsadresse <input type="checkbox"/> Das ist meine Privatadresse		
Anschrift:			
Straße, Hausnr.:			
Land, PLZ, Ort:			
Telefon:			
Mailadresse:			
<input type="checkbox"/> Ich habe die Vereinsstatuten sowie die Datenschutzerklärung für Mitglieder auf der ÖGKiZ Website gelesen und stimme diesen zu.			
<input type="checkbox"/> 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: _____