

ZUKUNFT MEDIZIN e.V.

Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein ZUKUNFT MEDIZIN e.V.
als

- Ordentliches Mitglied - 120,00 €
- Außerordentliches Mitglied - 80,00 €
- Fördermitglied - 50,00 €
- Temporäres Mitglied - je nach Veranstaltung

MEINE PERSÖNLICHE DATEN

Titel:

Vorname:

Nachname:

Fachrichtung:

Geburtsdatum:

Telefon Mobil:

E-Mail*:

* alle Informationen an Mitglieder werden per E-Mail/Newsletter versendet.

PRIVATANSCHRIFT

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:

Land:

ANSCHRIFT DES BERUFSSITZE / DIENSTORTES

Praxisname:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Stadt:

Land:

Erläuterung zu den Mitgliedschaftsarten:

Ordentliche Mitglieder sind natürliche Personen, die als Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte aktiv im Bundesland Salzburg tätig sind. Sie beteiligen sich voll an der Vereinsarbeit und unterstützen durch ihre aktive Beteiligung die Erreichung des Vereinszwecks. Sie besitzen ein aktives und passives Wahl- und Stimmrecht.

Außerordentliche Mitglieder sind (natürliche oder juristische) Personen, die vor allem die Angebote und Leistungen des Vereins nutzen und sich dem Vereinszweck verbunden fühlen und die Vereinstätigkeit durch materielle oder finanzielle Zuwendung (z.B. Zahlung eines Mitgliedsbeitrages) fördern oder den Verein anderweitig unterstützen. Außerordentliche Mitglieder haben kein aktives oder passives Wahl- und Stimmrecht.

Fördermitglieder sind (natürliche oder juristische) Personen, die sich dem Vereinszweck verbunden fühlen und diesen durch finanzielle Zuwendung unterstützen. Fördermitglieder haben kein aktives oder passives Wahl- und Stimmrecht.

Temporäre Mitglieder sind natürliche Personen, die eine Mitgliedschaft auf eine begrenzte Zeit erhalten und kein aktives oder passives Wahl- und Stimmrecht haben.

Die Mitgliedsdauer beträgt 1 Jahr und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr. Der freiwillige Austritt ist jederzeit ohne Einhaltung von Fristen zum Monatsende durch schriftliche Erklärung an den Vorstand möglich. Bereits bezahlte Beträge werden nicht rückerstattet.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und zur Information durch den Vorstand elektronisch verarbeitet werden dürfen. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass Mitteilungen und Vorschreibungen via elektronische Post (E-Mail) an mich zugestellt werden.

Ich habe jederzeit das Recht auf Auskunft über die Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Diese Einwilligung kann jederzeit per E-Mail an mail@zukunft-medizin.at kostenfrei widerrufen werden.

Vollständig ausgefülltes Antragsformular bitte via E-Mail an mail@zukunft-medizin.at retournieren. Der Vorstand entscheidet im Anschluss über die Aufnahme des Mitgliedes.

_____, am _____

Unterschrift