

# ZUKUNFT MEDIZIN e.V.

## Mitgliedsantrag

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

- Ordentliches Mitglied - 80,00 €
- Fördermitglied - 40,00 €

### 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 tätig sind oder waren, sowie natürliche oder juristische Personen, die sich dem Vereinszweck verbunden fühlen. Ordentliche Mitglieder beteiligen sich voll an der Vereinsarbeit und unterstützen die Vereinstätigkeit durch ihre aktive Beteiligung an der Errichtung des Vereinszwecks. Ordentliche Mitglieder besitzen ein aktives und 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, können aber nach schriftlichem Ansuchen und nach Maßgabe zu ordentlichen Mitgliedern durch einen Vorstandsbeschluss ernannt werden und erlangen in der Folge die ordentliche Mitgliedschaft auch wenn sie nicht als Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte aktiv tätig sind oder waren.

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](mailto:mail@zukunft-medizin.at) kostenfrei widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift