



Verein der Albanischen Ärzte in Österreich

Shoqata e mjekëve shqiptarë në Austri

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

bei dem

Verein der Albanischen Ärzte in Österreich

Ich stelle den Antrag auf Aufnahme in den Verein der Albanischen Ärzte in Österreich als

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|
| Ordentliches Mitglied: ¹⁾ | <input type="checkbox"/> | 50- Euro/Jahr |
| Außerordentliches Mitglied: ²⁾ | <input type="checkbox"/> | 30- Euro/Jahr |
| Förderndes Mitglied: ³⁾ | <input type="checkbox"/> | individuelle Vereinbarung |
| Student: ⁴⁾ | <input type="checkbox"/> | kostenlos |

Titel: Vorname: Nachname:
PLZ.: Ort: Straße:
Institution/Abteilung/Firma:
Email: Tel.:

Datum

Unterschrift

*) Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Einwilligungserklärung lt. DSGVO auf Seite 2 des Antrages

1) Ordentliche Mitglieder sind ausschließlich Ärztinnen und Ärzte sowie Personen aus medizinischen Fachberufen

2) Außerordentliche Mitglieder sind MedizinstudentInnen und StudentInnen aus medizinischen Fachberufen, sowie Pflegekräfte albanischer Herkunft, die in Österreich ansässig und tätig sind.

3) Fördernde Mitglieder sind juristische Personen, die die Vereinstätigkeit vor allem durch Zahlung eines erhöhten Mitgliedsbeitrages fördern.

4) Für Studierende bis zum 27. Lebensjahr ist die Mitgliedschaft kostenlos.



Der Mitgliedsbeitrag soll

automatisch vom Konto abgebucht werden:

via Selbstüberweisung erfolgen:

Kontoverbindung:

Verein der Albanischen Ärzte in Österreich
Steiermärkische Sparkasse
IBAN: AT36 2081 5000 4433 8382
BIC: STSPAT2GXXX

Einwilligungserklärung lt. DSGVO:

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der Information über Leistungsangebote des Vereins, insbesondere zur Erreichung des Vereinszieles gemäß Statut, durch Zusendung von Einladungen und Informationen zur Verarbeitung gelangen. Ebenso bin ich einverstanden, dass Bild- und Videoaufnahmen für Vereinszwecke (Versammlungen und Vereinsaktivitäten, Bälle, Umzüge, Aufführungen, Publikationen und dergleichen), produziert und unter Einhaltung des Persönlichkeitsschutzes zur Dokumentation veröffentlicht werden können.

Ich stimme der Erfassung und Verwendung meiner angeführten **Telefonnummer und/oder Mobiltelefonnummer** sowie elektronischer Zustellungsformen (SMS, Whats App) zum vorher bezeichneten Zweck durch den Verein zu.

Ich stimme der Erfassung und Verwendung meiner **E-Mail-Adresse** zum im Absatz 1 bezeichneten Zweck, durch den Verein zu.

Ich stimme der Verwendung meiner **E-Mail-Adresse** für den Erhalt von Informationen, im Sinne der im Absatz 1 bezeichneten Zwecke, auch durch befreundete Vereine bzw. Verbände, durch den Verein zu.

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke eines begründeten Interesses (Beispiel: allfällige ehrenden Maßnahmen) **an Dritte** (Landesverband, Gemeinde) oder Versicherung (Schadenabwicklung), weitergegeben und durch diese verarbeitet werden dürfen.

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten wie Foto und Angaben über Beruf, aktuelle Tätigkeit und Kontaktmöglichkeiten (Mailadresse) auf der Webseite des Vereins veröffentlicht werden dürfen.

→ **Diese Einwilligung kann jederzeit beim Vereinsvorstand kostenfrei widerrufen werden!**



SEPA- Lastschrift- Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz

Nachname und Vorname

Zahlungsempfänger

Verein der Albanischen Ärzte in Österreich
Brockmanngasse 18
8010, Graz

Creditor ID AT611730000073625

Ich ermächtige/Wir ermächtigen **Verein der Albanischen Ärzte in Österreich** Zahlung von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von dem **Verein der Albanischen Ärzte in Österreich** auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnen mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger

Name

.....

Anschrift

.....
.....

IBAN

.....

BIC

.....

Zahlungsart

Wiederkehrender Einzug

Einmaleinzug

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....

