



Per FAX an:
+43/1/402 79 35

**AN S U C H E N um Aufnahme als Mitglied
der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft**

Titel: NAME: Vorname:.....

Geburtsdatum: ARZTNUMMER:.....

Privatadresse:
.....

E-mail:.....

Mittelbau: Ja oder Nein (bitte Nichtzutreffendes streichen!)

Klinik/Ordination/Krankenhaus.....

Adresse:.....

Zustelladresse für das Spektrum der Augenheilkunde:

Privatadresse oder Krankenhaus oder Ordination

Aufnahme als ordentliches Mitglied

- Ich befinde mich derzeit in Ausbildung zum Augenfacharzt/ zur Augenfachärztin
- AugenfachärztIn
- AugenfachärztIn mit Ordination

2 Bürgen:
(Name und Unterschrift)

Aufnahme als außerordentliches Mitglied Genehmigung durch den Vorstand erforderlich

- Ich möchte mich als außerordentliches Mitglied bewerben. (z.B. Ausland und Förderer)

Zustimmung zur Verwendung und Weitergabe personenbezogener Daten:

-
- Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten für die Dauer meiner Mitgliedschaft digital verarbeitet und aufbewahrt werden. Weiters stimme ich zu, dass meine Daten für die Zusendung des Spektrums der Augenheilkunde an den Springer Verlag weitergegeben werden, eine sonstige Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Die ÖOG ist um eine ordnungsgemäße Sicherung und Aufbewahrung Ihrer Daten bemüht.
 - Ich möchte den Newsletter der ÖOG erhalten.

Datum: Unterschrift:.....