

Vereinigung zur Erforschung der Alzheimer-Krankheit und verwandter Demenzformen

## Für Ihre Vereinsdaten bitte ausfüllen und an das ÖAG-Sekretariat senden

□ Ich bin ÖAG-Mitglied	☐ Ansuchen um ÖAG-Mitgliedschaft
Titel:Nacl	hname
Adresse:	
E-Mail:	
Ausbildungsstand:	
□ in Ausbildung	
☐ Allgemein Medizin	
☐ FA Neurologie	
☐ FA Psychiatrie	
☐ FA Neurologie/Psychiatrie	
☐ FA Psychiatrie/Neurologie	
□ andere Fachausbildung:	
□ anderer Gesundheitsberuf:	

Der jährliche Mitgliedsbeitrag der ÖAG beträgt € 20,00.-

**Bankverbindung: Bank Austria Creditanstalt** 

**BIC: BKAUATWW** 

IBAN: AT61 1200 0006 4514 1904



## Schriftliche Einwilligung zum Erhalt von Informationen

Titel:	Vorname:	Nachname
Adresse	e:	
E-Mail:		
Bitte se	enden Sie die ÖAG-Newsletters an:	
	meine E-Mail-Adresse am Diensto	ort
	☐ meine private E-Mail-Adresse	
Weiter	gabe meiner Daten	
Daten,	läre mein Einverständnis zur Weitergabe Dienstort) für Aussendungen im Rahmer nischen Verlagen und fachspezifisch relev	von medizinischen Kongressen,
□ Ja		
□ Ne	ein	
Anschri Verans		en personenbezogenen Daten (Name, n zum Zweck der Information (Ausstellungen, werden ausschließlich für den Newsletter-
Auskun	d jederzeit berechtigt, gegenüber der öst oftserteilug zu den zu Ihrer Person gespei cigung, Löschung und Sperrung einzelner	cherten Daten zu ersuchen und die
Widers die Zuk	er hinaus können sie jederzeit ohne Anga spruchsrecht gebrauch machen und die e kunft abändern oder gänzlich widerrufen. estudio12.co.at übermitteln.	rteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für
Ort/Da	tum:	Unterschrift: