

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre meinen Beitritt zum  
"Verband Angestellter Apotheker Österreichs"  
Berufliche Interessenvertretung

und gebe dem Verband zur allgemeinen Verwendung folgende Personaldaten bekannt:

1. Vor- und Zuname: .....
2. Anschrift:.....PLZ/Ort:.....
3. E-Mail-Adresse: .....Tel.Nr.: .....
4. Datum und Ort der Geburt: .....
5. Staatsbürgerschaft: .....
6. Magisterium: am ..... in: .....
- Aspirantenprüfung : am ..... in: .....
- Doktorat: am ..... in: .....
7. Derzeitige dienstliche Stellung:  Aspirant  berufsberechtigter Apotheker  Leiter  
 Krankenhausapotheker  Industrieapotheker  sonstige pharmazeutische Tätigkeit
8. Möchten Sie Unterlagen zu unseren Gruppen-Zusatzversicherungen erhalten:  
 Krankenzusatzversicherung  Privat/Zahnarzt  Pflegeversicherung  Pensionsversicherung  
 Rechtsschutzversicherung  Unfallversicherung

Ich erkläre mich mit der edv-mässigen Erfassung meiner persönlichen Daten als Mitglied des Verbandes Angestellter Apotheker Österreichs und mit der Beitragseinhebung über die Pharmazeutische Gehaltskasse einverstanden. Bei Nichtbesoldung durch die Gehaltskasse erkläre ich mich bereit, der Verbandskanzlei für die Einhebung der Beiträge einen Einziehungsauftrag zukommen zu lassen.

Ebenso erkläre ich mein Einverständnis dazu, dass meine persönlichen Daten: Name und Wohnort, Berufsstatus und gemeldetes Dienstaussmaß sowie Dienstbetrieb und Dienstort bzw. deren Änderungen von der Pharmazeutischen Gehaltskasse dem Verband Angestellter Apotheker bekannt gegeben werden. Dazu ermächtige ich meine Organisation und beauftrage hiermit die Pharmazeutische Gehaltskasse, vorgenannte satzungsmäßig erforderliche Daten und laufend auch deren Änderungen dem Verband Angestellter Apotheker bekannt zu geben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adress-Daten an Anbieter und Dienstleistungsunternehmen aus dem Gesundheitsbereich (nicht an Private) zu deren Marketing-Zwecken weitergegeben werden.

Weiters erkläre ich meine Zustimmung, dass ich Informationen und Mitteilungen vom VAAÖ an meine E-Mail-Adresse erhalte.

Es ist mir bekannt, dass ich diesen Auftrag und mein Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann. Für den Fall, dass ich meinen Auftrag bzw. mein Einverständnis zurückziehe, werde ich dem Verband Angestellter Apotheker einen schriftlichen Widerruf übermitteln.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift