

BEITRITTSERKLÄRUNG

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

und gebe dem Verband zur allgemeinen Verwendung folgende Personaldaten bekannt:

1. Geschlecht: Männlich Weiblich
2. Vorname: Zuname:
3. Anschrift: PLZ/Ort:
4. E-Mail-Adresse: Tel.Nr.:
5. Datum und Ort der Geburt:
6. Staatsbürgerschaft:
7. Magisterium: am in:
Aspirantenprüfung: am in:
Doktorat: am in:
8. Derzeitige dienstliche Stellung: Aspirant berufsberechtigter Apotheker Leiter
 Krankenhausapotheker Industrieapotheker sonstige pharmazeutische Tätigkeit
9. 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.
Diese Daten werden für die Mitgliedsverwaltung und für die Durchführung der Wahlen benötigt und können bei der individuellen Rechtsberatung von Vorteil sein.

Ich erkläre mein Einverständnis dazu, dass meine persönlichen Daten: Name und Wohnort, Berufsstatus und gemeldetes Dienstausschuss 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.

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.
Ebenso kann ich die Löschung der bekanntgegebenen Daten verlangen.

Ort und Datum

Unterschrift