

## BEITRITTSERKLÄRUNG STUDENTENMITGLIEDSCHAFT

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Verband Angestellter Apotheker Österreichs (VAAÖ) – Berufliche Interessenvertretung** und gebe folgende Personaldaten zur allgemeinen Verwendung bekannt:

Titel, Vor- und Zuname: .....

Adresse: ..... PLZ: .....

E-Mail-Adresse: ..... Tel.Nr.: .....

Datum und Ort der Geburt: .....

Staatsbürgerschaft:.....

Ich bin Studierende/r der Studienrichtung Pharmazie im \_\_\_\_ Semester und werde mein Studium voraussichtlich im WS/SS 20\_\_\_\_ beenden.

Meine Matrikelnummer lautet: \_\_\_\_\_.

Durch meinen Beitritt kann ich die in § 8 Abs. 2 der Satzung genannten Rechte und Leistungen des Verbandes kostenlos in Anspruch nehmen.

Das Ende meines Studiums (Abschluss, Doktoratsstudium oder Abbruch) werde ich der Verbandskanzlei unverzüglich mitteilen; ebenso meinen Eintritt ins Berufsleben.

Mit der edv-mäßigen Erfassung meiner Daten bin ich einverstanden.

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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift