

## BEITRITTSERKLÄRUNG STUDENTENMITGLIEDSCHAFT

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

1. Geschlecht: O Männlich O Weiblich
2. Vorname: ..... Zuname: .....
3. Anschrift: ..... PLZ/Ort: .....
4. E-Mail-Adresse: ..... Tel.Nr.: .....
5. Datum und Ort der Geburt: .....
6. 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.
- Weiters erkläre ich meine Zustimmung, dass ich Informationen und Mitteilungen vom VAAÖ an meine E-Mail-Adresse erhalte.

Die Einverständniserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden, ebenso kann ich die Löschung der Daten verlangen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift