

## 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  Privatarztversicherung  Pflegeversicherung  Zahnarztversicherung  
 Rechtenschutzversicherung  Unfallversicherung

- Ich willige ein, dass meine folgenden persönlichen Daten: Name, Adresse, Dienstort, Dienstausschuss, Gehaltsstufe, sowie deren Änderungen von der Pharmazeutischen Gehaltskasse dem VAAÖ bekannt gegeben und von diesem EDV mäßig erfasst werden. Ich bin einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag, solange ich über die Pharmazeutische Gehaltskasse besoldet werde, von dieser berechnet und an den VAAÖ abgeführt wird. Dazu ermächtige ich den VAAÖ und beauftrage die Pharmazeutische Gehaltskasse die satzungsgemäß erforderlichen Daten und laufenden Änderungen dem VAAÖ bekannt zu geben.

Diese Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift