



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. Personalnummer (von der Pharmazeutischen Gehaltskasse):
8. Magisterium: am in:
Aspirantenprüfung: am in:
Doktorat: am in:
9. Derzeitige dienstliche Stellung: Aspirant berufsberechtigter Apotheker Leiter
 Krankenhausapotheker Industrieapotheker sonstige pharmazeutische Tätigkeit
10. Möchten Sie Unterlagen zu unseren Gruppen-Zusatzversicherungen erhalten:
 Krankenzusatzversicherung Privatarztversicherung Pflegeversicherung Zahnarztversicherung
 Rechtsschutzversicherung 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