

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