Österreichische Gesellschaft für
Parodontologie

AUFNAHMEANTRAG für den Verein

An die
Österreichische Gesellschaft
für Parodontologie
Klostergasse 37 | A-1180 Wien
Tel.: +43 699 1952 82 53

FAX
+43 1 2533 033 8690

E-MAIL
sekretariat@oegp.at

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

* Pflichtangaben

Anrede* ☐ Frau ☐ Herr Titel

Vorname*

Titel, nachgestellt (MSc, PhD etc)

Nachname*

Status* ☐ niedergelassen ☐ angestellt ☐ Vertreter

☐ **Ich bin ÖGZMK Mitglied des Bundeslandes*** _____

und beantrage die ZWEITMITGLIEDSCHAFT bei der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie...

☐ **... als ordentliches Mitglied ÖGP**
jährlicher Mitgliedsbeitrag 2024 € 108,00 *)

**) Davon werden € 36,00 an die European Federation of Periodontology für den JCP Online Bezug abgeführt!*

☐ **... als studentisches Mitglied ÖGP**
jährlicher Mitgliedsbeitrag 2024 € 0,00
Mit Immatrikulationsbescheinigung

☐ **Ich bin <u>KEIN</u> ÖGZMK Mitglied**

und beantrage die HAUPTMITGLIEDSCHAFT bei der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie...

☐ **...als ordentliches Mitglied ÖGP**
jährlicher Mitgliedsbeitrag 2024 € 186,00 *)

**) Davon werden:*
€ 36,00 an die European Federation of Periodontology für den JCP Online Bezug abgeführt;€ 78,00 an die ÖGZMK abgeführt.

☐ **...als studentisches Mitglied ÖGP**
jährlicher Mitgliedsbeitrag 2024 € 39,00
Mit Immatrikulationsbescheinigung

Adresse:

Institution

*(falls zutreffend - z.B. bei angestellten Zahnärzten*innen)*

Strasse* Nr.*

PLZ* Ort*

Bundesland* Land*

AT = Österreich | CH = Schweiz
DE = Deutschland, etc.

gültige persönliche E-MAIL Adresse* @

Telefon* + / (0) /

Fax* + / (0) /

Webseite w w w .

Ärzte*innen Nummer (ZÄK) * Geburtsdatum* / / (TT / MM / JJJJ)

Zustimmungserklärungen: Bitte zutreffendes ankreuzen | *Pflichtangaben

☐ * Ich habe die Vereinsstatuten sowie die Datenschutzerklärung (stehen auf www.oegp.at als PDF-Download zur Verfügung) für Mitglieder gelesen und stimme diesen zu.

☐ * Ich bin einverstanden, dass durch die Veröffentlichung meiner Daten (Adresse) auf der ÖGP Webseite Patienten*innen gezielt nach Mitglieder*innen der ÖGP und deren Praxen suchen können. **Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.**

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen meiner Mitgliedschaft verarbeiteten Daten von der ÖGP und deren Partner für Veranstaltungs- und Fach-/Produktneuigkeiten per Post, E-Mail oder Newsletter gespeichert und genutzt werden. Meine Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. **Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.**

☐ Ja, ich bin an der aktiven Teilnahme im Vorstand, den Bundesländern oder an Projekten der ÖGP interessiert.

Dauer der Mitgliedschaft: Mindestens 1 Jahr (laufendes Kalenderjahr); **Kündigungfrist:** Schriftlich bis 31. Oktober des jeweils laufenden Kalenderjahres;
Verlängerung: Ohne Kündigung automatische Verlängerung um 1 Kalenderjahr

Ort, Datum *

Stempel - Unterschrift *