

Bitte faxen oder schicken Sie dieses Formular an:

Österreichische Adipositas Gesellschaft,
Währinger Straße 39/2/2
A-1090 Wien
Fax: +43/1/264 52 29

Titel:

Vorname:

Nachname:

Dienstort/Krankenhaus/Organisation:

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Land:

Telefon:

Fax: E-Mail (verpflichtend):

Adresse (Privat):

Straße:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

Fax: E-Mail:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich bin
- Allgemeinmediziner
 - In Ausbildung zum Facharzt für
 - Facharzt für
Mein Spezialgebiet
 - Ich bin wissenschaftlich tätig und bin

Ich beantrage eine ordentliche Mitgliedschaft (€ 30,-)

-
- Ich bin
- DiätassistentIn/DiaetologIn
 - ErnährungswissenschaftlerIn
 - BewegungstherapeutIn
 - sonstiges und zwar:

Ich beantrage eine außerordentliche Mitgliedschaft (€ 20,-)

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Dienstanschrift/Postanschrift auf der Homepage der Österreichischen Adipositas Gesellschaft www.adipositas-austria.org einverstanden.

- Ja Nein (Betreffendes bitte ankreuzen)

Ich stimme zu, dass oben genannte Daten verarbeitet werden. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort/ Datum: Unterschrift: