

**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 (€ 45,-)**

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

**Ich beantrage eine außerordentliche Mitgliedschaft (€ 35,-)**

---

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Dienstanschrift/Postanschrift auf der Homepage der Österreichischen Adipositas Gesellschaft [www.adipositas-austria.org](http://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: .....