



**Wahlärzte
Kassenärzte**

**Spitalsärzte
Kärnten**

An den Verein
Wahlärzte, Spitalsärzte und Kassenärzte Kärnten
Mölltalweg 34, 9020 Klagenfurt am Wörthersee

Mail: office@wsktn.at

Beitrittserklärung

Ich beantrage die
Aufnahme als
ordentliches Mitglied
des Vereins Wahlärzte,
Spitalsärzte und
Kassenärzte Kärnten

Die von mir angegebene Adresse ist

- die Adresse der Ordination
 die Dienstadresse
 die Privatadresse

Datenschutz: Ich bin mit der elektronischen Speicherung meiner Mitgliederdaten für die Zeit meiner Mitgliedschaft einverstanden. Die Daten werden ausschließlich für Vereinszwecke (Mitgliederverwaltung, Mailings etc.) genutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Diese Erklärung erlischt mit Beendigung der Mitgliedschaft oder bei Widerruf.

Ja Nein

Der Mitgliedsbeitrag beträgt Euro 40,00 pro Jahr. Nach dem Einlangen der Anmeldung erhalten Sie die Beitrittsbestätigung sowie unsere Bankverbindung. Die Beitrittserklärung finden Sie auch unter www.wsktn.at

Titel	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Ort, Datum, Unterschrift und, sofern vorhanden, Stempel