

Antrag auf Mitgliedschaft



Mitgliedsnummer

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Klinik _____

Abteilung _____

Position (AS/OA/CA) _____

Facharzt für _____

in Ausbildung zum _____

Postanschrift _____

PLZ/Ort _____

Tel _____

Fax _____

Handy _____

E-Mail _____

Hiermit beantrage ich die awiso® Mitgliedschaft.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenspeicherung:

Hiermit erkläre ich mich mit der Speicherung und Verwertung meiner persönlichen Daten einverstanden. Die Verwertung der Daten beschränkt sich dabei auf organisatorische Zwecke im Rahmen der awiso®. Eine awiso® Mitgliederliste mit den oben aufgeführten persönlichen Daten wird jedem awiso® Mitglied zur Verfügung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift

Für interne Zwecke

- Mitgliedschaft zugestimmt am _____
 Daten in Mitgliederliste übernommen
 Mitgliedschaft schriftlich mitgeteilt

abgelehnt am _____ Grund _____