



An den Verein
Arbeitsgemeinschaft
Pädiatrische Dermatologie
der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (AGPD)
c/o Wiener Medizinische Akademie
Alser Straße 4
A-1090 Wien

FAX: 01 405 13 83 921
E-Mail: office@agpd.at

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Dermatologie der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie – AGPD (Jahresbeitrag Euro 50.--)

(Der Verein verpflichtet sich nur solche personenbezogenen Daten zu erheben und zu nutzen, die für die Mitgliederbetreuung und -verwaltung sowie für die Verfolgung des Vereinsziels erforderlich sind. Ausführliche Informationen dazu finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf der Website www.agpd.at)

Vorname, Nachname und akad. Titel: _____

Korrespondenzadresse:

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Ich bin:

- in Ausbildung zum/zur Facharzt/-ärztin für Haut und Geschlechtskrankheiten
- in Ausbildung zum/zur Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendheilkunde
- Facharzt/-ärztin für Haut und Geschlechtskrankheiten
- Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendheilkunde
- anderes Fach: _____

Ich bin mit der Zusendung der AGDP-Informationen **via Newsletter** einverstanden: **ja** **nein**

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft und bestätige, die Statuten und der [DSGVO-Erklärung der AGDP](#) gelesen zu haben:

_____, am _____

Unterschrift:

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Dermatologie
der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
c/o Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung und Forschung, A-1090 Wien, Alser Straße
4 Tel.: (+43/1) 405 13 83-21, Fax: (+43/1) 405 13 83 921
E-Mail: office@agpd.at
www.agpd.at
ZVR-Zahl 1209210388