



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 1383 943  
Email: [office@agpd.at](mailto: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 30.--)

*(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](http://www.agpd.at))*

Name, Vorname und akad. Titel: \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emailadresse:

\_\_\_\_\_

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 AGPD-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: .....

---

Sekretariat

Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung und Forschung, A-1090 Wien, Alser Straße 4

Tel.: (+43/1) 405 13 83-43, Fax: (+43/1) 407 82 74

e-mail: [office@agpd.at](mailto:office@agpd.at)

[www.agpd.at](http://www.agpd.at)

ZVR-Zahl 1209210388