

Antrag auf Mitgliedschaft in der Ärzteplattform

Persönliche Daten	
Titel/Name:	Vorname:
Fachrichtung/Therapieschwerpunkt:	
ÖÄK-Arztnummer:	
PLZ/Ort:	Land:
Straße/Haus-Nr.:	
Tel.:	Mobil-Nr:
E-Mail:	Homepage:
Mitgliedsbeitrag	
Der Mitgliedsbeitrag beträgt EUR 150,00 pro Jahr und ist per Einzugsermächtigung oder innerhalb der ersten 4 Wochen des Geschäftsjahres zu entrichten. Die Mitgliedschaft kann jederzeit schriftlich gekündigt werden.	
Datenschutz und Einwilligung	
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch erfasst und verarbeitet werden. Ich stimme der Weitergabe meiner Daten bei Patientenanfragen sowie an Kooperationspartner zu.	
Datum: Unterschrift:	
Einzugsermächtigung zur Abbuchung des Mitgliedsbeitrages Für die Mitgliedschaft ist die Erteilung einer Einzugsermächtigung erforderlich, da dies Verwaltungskosten und Büroarbeit reduziert. Wir bitten um Ihr Verständnis.	
Kontakt: Fax: +43 (0)4262/29107 • E-Mail: office@dieplattform.info	
Hiermit ermächtige ich die Ärzteplattform widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen:	
Creditor-ID: AT24ZZZ00000041311	
Mandatsreferenznummer: (win	d intern vergeben)
Kreditinstitut/Kontoinhaber:	
IBAN (maximal 35 Stellen)	
IBAN (maximal 35 Stellen)	
IBAN (maximal 35 Stellen) BIC (8 oder 11 Stellen)	