Ärzteplattform

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@aerzteplattform.at

Hiermit ermächtige ich die Ärzteplattform widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen:

Creditor-ID: **AT24ZZZ00000041311**

Mandatsreferenznummer: _____ (wird intern vergeben)

Kreditinstitut/Kontoinhaber: _____

IBAN (maximal 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Datum: _____ **Unterschrift:** _____