



Beitrittserklärung

Ich erkläre, dem

VERBAND DER AKADEMIKERINNEN ÖSTERREICHS
Landesverband Steiermark
als

- ☐ ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 60,00 Euro)
☐ studentisches Mitglied (Jahresbeitrag 15,00 Euro)
☐ förderndes Mitglied (Jahresbeitrag mind. 70,00 Euro)
(Bitte ankreuzen)

beizutreten,

den Verbandszweck zu erfüllen und mit meinem Fachwissen zu unterstützen.
Den Mitgliedsbeitrag überweise ich im laufenden Kalenderjahr.

Titel: *)Sponsions-/Promotionsjahr:

Vorname: Name:

Geburtsdatum: Beruf(Fach):

Studienrichtung(en):

Privatadresse:

Telefon: E-Mail:

Kontakt bei VAÖ:

*)besondere Interessen:

Sprachkenntnisse:

*)Berufsadresse:

*)Tel. berufl.: *)E-Mail, berufl.:

(mit *gekennzeichnete Angaben sind freiwillige)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zu Zwecken der Vereinsarbeit erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Dies beinhaltet auch die Weitergabe der Mitgliederliste an andere Verbandsmitglieder.

Meine Daten werden gespeichert, solange ich Mitglied des VAÖ bin, im Falle meines Austrittes oder nach meinem Ableben werden die Daten umgehend vom VAÖ gelöscht.

Datum: Unterschrift:

Senden Sie Ihre Beitrittserklärung bitte per Post an oben angeführte Adresse oder eingescannt als E-Mail an club@graz-vaoe.at.