



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular retour:
per **Post**

Oder per **Email**: office@vlkoe.at
Oder per **Fax** 01 405 13 83 920

Administratives Sekretariat
Verband der Leitenden Krankenhausärzte
Österreichs
c/o Wr.Med.Akademie
Univ.Campus, 1.Hof, DION 2.Stk.
Alser Straße 4
A – 1090 Wien

BEITRITTSERKLÄRUNG

Euro 100.- Mitgliedsbeitrag pro Jahr

NACHNAME: _____

VORNAME: _____

Akademischer TITEL: _____ GEB.DATUM: _____

KORRESPONDENZADRESSE:

TEL.: _____ FAX: _____

EMAIL: _____

WEBSITE: _____

- Ich bin derzeit noch kein ärztlicher Leiter und bekomme daher die Mitgliedschaft im Verband im ersten Jahr gratis, und ab dem zweiten Jahr, solange ich keine leitende Position inne habe, bis auf weiteres eine Reduktion auf 50% des o.g. Jahresbetrages.
- Ich bin einverstanden, dass meine oben genannten Kontaktdaten im passwortgeschützten Bereich der Website gelistet werden
- Bitte senden Sie mir den 6-mal im Jahr erscheinenden Newsletter des VLKÖ zu.

Ich erkläre, mich mit den [Statuten](#) und der [DGSVO-Erklärung](#) des VLKÖ vertraut gemacht zu haben und Ich trete dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Österreichs als ordentliches Mitglied bei:

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____