

Anmeldeformular für Einzel-Mitgliedschaft

Ich bewerbe mich um eine Mitgliedschaft im Verein D-A-CH Inklusive Medizin als

ordentliches Mitglied

außerordentliches Mitglied

Familienname:

Vorname:

Titel:

Kontaktdaten

Straße:

Hausnummer:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Telefon (inkl. intern. Vorwahl):

Fax:

E-Mail:

Weitere Angaben zur Person

Beruf:

Spezialausbildung:

Institution:

Selbständig berufstätig mit einer Praxis:

ja

nein

Freiberuflich in einer Behinderteninstitution tätig:

ja

nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Vereinsstatuten zur Kenntnis genommen zu haben. Ich verpflichte mich den festgelegten Jahresbeitrag zu bezahlen und bin einverstanden Vereinskorrespondenz über E-Mail zu empfangen.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie diese Anmeldung an Alexandra Mayer-Weinreich
per E-Mail an inklusivmedizin@bblinz.at, per Fax an 0043 732 7897 24979 oder
per Post an Institut für Sinnes- und Sprachneurologie, Bischofstraße 11, A-4021 Linz.

Auszug aus den Statuten

Artikel 3: Mitgliedschaft

3.1. Ordentliche Mitglieder: Alle Personen, die den Vereinszweck unterstützen und die deutsche Sprache beherrschen, können ordentliches Mitglied werden.

3.2. Außerordentliche Mitglieder: Natürliche Personen, die nicht zur Kategorie 3.1 gehören

Artikel 4: Eintritt

4.1. Die Anmeldung zum Beitritt ist schriftlich an das Sekretariat zu richten.

4.2. Der Vorstand entscheidet über die Annahme.

4.3. Bei der Ablehnung kann der Antragssteller das Gesuch der Mitgliederversammlung unterbreiten.