

## Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme in die **Österreichische Gesellschaft für Public Health** gemäß § 3 der Statuten.

Titel und Name:	
Anschrift, Organisation (Straße, PLZ, Ort):	Anschrift privat (Straße, PLZ, Ort):
Zustelladresse bitte ankreuzen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mail:	

<input type="checkbox"/> berufstätig, beruflicher Hintergrund: .....
<input type="checkbox"/> StudentIn, Studienrichtung: .....

Geben Sie bitte Ihre gewünschte Kontakt-Nummer bekannt:	
Telefon privat:	Fax privat:
Telefon beruflich:	Fax beruflich:
Mobiltelefon:	

- Ich bin mit der Zusendung von Informationen der ÖGPH via Newsletter / Aussendung einverstanden:
  - Ja
  - Nein
  
- Ich bin mit der Weitergabe meiner persönlichen Daten (Name, E-Mail-Adresse) an etwaige Kooperationspartner der ÖGPH bzw. der Kompetenzgruppen einverstanden, um Informationen über zukünftige Veranstaltungen zu erhalten:
  - Ja
  - Nein

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich € 60,--.  
 Early Career Public Health Researchers bezahlen € 30,-/Jahr.

Österreichische Gesellschaft für

**public**  **health**

Bitte senden Sie diesen Antrag entweder per Post, per Fax oder elektronisch nach scannen des unterschriebenen Formulars an:

Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH)  
c/o Wiener Medizinische Akademie für Ärztliche Fortbildung und Forschung (WMA),  
Mag. Joachim Dworschak, Alser Straße 4, 1090 Wien  
**Fax: +43 1 405 1383 9 34**, E-Mail: [office@oeph.at](mailto:office@oeph.at)  
ZVR: 996585103

---

Ort, Datum

Unterschrift