

---

## Beitrittserklärung

Vor und Zuname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

E-Mail privat: \_\_\_\_\_

Apotheke/KH: \_\_\_\_\_

Dienstadresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass im Zuge der Mitgliederverwaltung und um Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen erhalten zu können, folgende Daten gespeichert werden.

Name

Firmenadresse inkl. E-Mailadresse

Privatadresse inkl. E-Mailadresse

Eine Löschung der Daten erfolgt umgehend nach Einlangen einer Aufforderung zur Löschung der persönlichen Daten an [office@kh-pharmazie.at](mailto:office@kh-pharmazie.at).

Datum: .....

Unterschrift: .....

### Das Wichtigste über den Verein in Kürze :

Das primäre Vereinsziel ist die Förderung und Weiterentwicklung der Krankenhauspharmazie. Der Verein steht auch jenen KollegInnen offen, die nicht in einer Krankenhausapotheke arbeiten, sich für die Krankenhauspharmazie interessieren und sich in dieser Richtung weiterbilden und informieren wollen.

Die Gesellschaft ist ein unabhängiger Verein. Die Tätigkeiten des Vereins sind gemeinnützig und nicht auf die Erwirtschaftung eines Gewinns ausgerichtet. Alle Vorstandsmitglieder sind ehrenamtlich tätig. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 20 € pro Jahr.