

ANMELDEFORMULAR

Familienname:	Vorname:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Dienststelle:	
Telefon:	privat:
E-Mail:	
Ausbildungsort:	Ausbildung abgeschlossen am:

Ich erkläre meinen Beitritt zu *biomed austria* – Österreichischer Berufsverband der Biomedizinischen AnalytikerInnen.

Bitte kreuzen Sie jene Region an, der Sie angehören möchten:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Region Oberösterreich | <input type="checkbox"/> Region Steiermark |
| <input type="checkbox"/> Region Kärnten | <input type="checkbox"/> Region Tirol, Vorarlberg |
| <input type="checkbox"/> Region Salzburg | <input type="checkbox"/> Region Wien, NÖ, Burgenland |

**Jahresmitgliedschaft inkl. 3 x jährlich die Fachzeitschrift „biomed austria“
€ 65,- für ermäßigte Mitglieder**

Bei einem Beitritt nach dem 1. Oktober ist die Mitgliedschaft bis zum Ende des Jahres kostenlos.

Der Mitgliedsbeitrag ist bis Ende Februar des laufenden Jahres zahlbar.

Mit meiner Anmeldung akzeptiere ich die Statuten von *biomed austria* (einsehbar auf www.biomed-austria.at/verband). Der **Austritt** aus dem Verband kann nur schriftlich erfolgen und muss bis spätestens Ende September des laufenden Kalenderjahres bekanntgegeben werden.

Wir ersuchen Sie, das ausgefüllte Formular einschließlich der **Fotokopie Ihres Diploms** bzw. **Ihrer Bachelor-Urkunde** zu schicken, zu faxen oder zu mailen.

Datum Unterschrift