A N M E L D E F O R M U L A R außerordentliche Mitgliedschaft für MAB/MTF

Familienname: ..... **Vorname:** .....

Geburtsname: ..... **Geburtsdatum:** .....

Straße: .....

PLZ: ..... **Ort:** .....

Dienststelle: .....

Telefon: ..... **privat:** .....

E-Mail: .....

Art der Ausbildung:

☐ **MAB** (Diplom bitte beilegen) ☐ **Laborassistenz** ☐ **Ordinationsassistenz** ☐ **anderer Bereich:**.....	☐ **MTF im Übergangsrecht** (Bescheid bzw. Bescheid + Prüfungsnachweis beilegen) **Bescheid im Bereich**:.....

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:

- ☐ Region Oberösterreich
- ☐ Region Kärnten
- ☐ Region Salzburg
- ☐ Region Steiermark
- ☐ Region Tirol, Vorarlberg
- ☐ Region Wien, NÖ, Burgenland

Außerordentliche Jahresmitgliedschaft inkl. 3 x jährlich die Fachzeitschrift „biomed austria“
€ 110,- für Mitglieder der Berufsgruppen MAB / MTF
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 an folgende Adresse zu schicken, zu faxen oder zu mailen:
biomed austria, Grimmgasse 31, 1150 Wien; Fax: 01-817 88 27-27; mitgliederverwaltung@biomed-austria.at

Datum ..... Unterschrift .....