

ÖGWG
Altstadt 13
4020 Linz

**Ansuchen um Aufnahme in die
assoziierte MITGLIEDSCHAFT DER ÖGWG**
(für Teilnehmer/innen an einer Aus- und Weiterbildung)

Titel, Vorname, Nachname

Geboren am in Staatsangehörigkeit

Straße, Postleitzahl, Wohnort

.....

Telefon

E-Mail

Berufs- oder Therapieausbildung

..... abgeschlossen seit

dzt. ausgeübter Beruf

Teilnahme an folgender Aus- und Weiterbildung der ÖGWG:

.....

Ich erkläre mich mit den Mitgliedschaftsbedingungen der ÖGWG einverstanden.
Mit meiner Unterschrift stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.

.....
Datum

.....
Unterschrift