



Österreichische Gesellschaft für Medizinische Physik

Mitglied der
International Organization for Medical Physics
European Federation of Organizations for Medical Physics

Antrag auf Mitgliedschaft

Titel	
Nachname	
Vorname	
Dienstlich	
Institut/Abteilung	
Krankenhaus/Firma	
Straße dienstlich	
PLZ dienstlich	
Ort dienstlich	
Land dienstlich	
Email dienstlich	
Telefon dienstlich	
Privat	
Straße privat	
PLZ privat	
Ort privat	
Land privat	
Email privat	
Telefon privat	
Geb. Datum	
Berufliche Stellung z.B. Medizinphysiker, Lehrer...	
Medizinphysiker	<input type="checkbox"/> ja Fachanerkennung <input type="checkbox"/> ÖGMP <input type="checkbox"/> Bundesministerium <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> in Ausbildung
Befürworter:	



Österreichische Gesellschaft für Medizinische Physik

Mitglied der
International Organization for Medical Physics
European Federation of Organizations for Medical Physics

Ich möchte meine **Post** an die Dienstadresse Privatadresse gesendet bekommen.

Ich möchte meine **Emails** an die Dienstadresse Privatadresse gesendet bekommen.

Im Mitgliederverzeichnis soll meine Dienstadresse Privatadresse abgedruckt werden.

Hauptarbeitsgebiet:

nur eine Wahl möglich, es soll der Bereich gewählt werden, in dem hauptsächlich gearbeitet wird!

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Radioonkologie | <input type="checkbox"/> Diagnostik | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> Prüfstelle | <input type="checkbox"/> Behörde | <input type="checkbox"/> Firma |
| <input type="checkbox"/> Lehre | <input type="checkbox"/> Radonk/Nuklmed/Diag | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Höchste abgeschlossene Ausbildung (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	Habilitation
<input type="checkbox"/>	Universitätsabschluss mit Doktorat (als Zweit- oder Drittabschluss)
<input type="checkbox"/>	Universitäts- oder Hochschulabschluss auf Diplom- oder Magisterebene, Doktorat in Human oder Zahnmedizin
<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss auf Diplom- oder Magisterebene
<input type="checkbox"/>	Universitätsabschluss- oder Hochschulabschluss auf Bakkalaureatsebene
<input type="checkbox"/>	Fachhochschulabschluss auf Bakkalaureatsebene
<input type="checkbox"/>	Diplom einer Akademie
<input type="checkbox"/>	Reifeprüfung
<input type="checkbox"/>	Anderes:



Österreichische Gesellschaft für Medizinische Physik

Mitglied der
International Organization for Medical Physics
European Federation of Organizations for Medical Physics

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Österreichische Gesellschaft für
Medizinische Physik.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Information zur **EU-Datenschutz-Grundverordnung** vom 25.5 2018

Alle persönlichen Daten (Name, Adresse, Email, Telefon...), die der ÖGMP bekanntgegeben wurden, werden ausschließlich für den Versand des Newsletters oder zur Kontaktaufnahme verwendet. Die Daten werden keinesfalls Dritten zugänglich gemacht.

Ich stimme einer elektronischen Verarbeitung meiner Daten zu. Ich kann jederzeit eine Löschung meiner Daten aus dem Mitgliederverzeichnis verlangen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich stimme der elektronischen Zusendung des Newsletters zu. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Dazu befindet sich am Ende des Newsletters ein Link „Vom Newsletter abmelden > Abmelden“.

Datum: _____ Unterschrift: _____