



ÖGZH

"Österreichische Gesellschaft für ärztliche und zahnärztliche Hypnose"

A - 1090 Wien, Nußdorferstraße 4/5
 Tel.: 0043-1-317 63 20 Fax: 0043-1-315 16 35
 Internet: www.oegzh.at E-mail: info@oegzh.at

Bitte senden an:

Dr. Raimund Schröder, Anton Steinwendergasse 7, 2620 Neunkirchen

Aufnahmeantrag

Name:				Aktuelles Foto hier aufkleben oder per E-mail an buero@oegzh.at
Vorname:				
Titel:				
Fachrichtung:				
Geburtsdatum:				
Ordination:		Privat:		
Straße:		Straße:		
Ort:		Ort:		
Telefon:		Telefon:		
Fax:		Fax:		
E-mail:		E-mail:		
Handy:		Handy:		
Krankenhaus:				
PLZ, Ort, Str.:				
Telefon:		Fax:		

Hiermit stelle ich an den Vorstand der ÖGZH den Antrag, als Mitglied in die "Österreichische Gesellschaft für ärztliche und zahnärztliche Hypnose" aufgenommen zu werden. Ein Photo lege ich bei bzw. sende ich per E-mail an buero@oegzh.at. Der umseitig angedruckte Abbuchungsauftrag für Lastschriften dient der Einhebung des Mitgliedsbeitrags für die ÖGZH und ist integraler Bestandteil des Aufnahmeantrags. Mit der Einhebung des Mitgliedsbeitrags ist die Aufnahme in die Gesellschaft vollzogen. Ein allfälliger Austritt erfolgt durch die Stornierung des Einziehungsauftrages. Bei positiver Erledigung meines Antrages wird mir die Aufnahmebestätigung zugeschickt.

.....
 Datum, Ort

.....
 Unterschrift

Datenerhebung zur Homepage:

Eintragung der Ordination in die Ärzte- bzw. Zahnärzteliste der ÖGZH-Homepage : (es werden dort Name, Adresse und Telefonnummer angegeben, damit Patienten einen Hypnose-Arzt auswählen/finden können; auch eine Kurzseite und ein Link zur eigenen Homepage sind möglich)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
mit Kinderhypnose ? (ein Smily-Kennzeichen wird gesetzt)	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Teilnahme am ÖGZH-Forum (E-mail-Nachricht bei neuen Beiträgen), ich akzeptiere die diesbezüglichen Nutzungsbedingungen.	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Soll der Administrator den Zugang anlegen?	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
falls „Ja“ bitte angeben:	gewünschten Nickname:	
	gewünschtes Passwort:	

Zusätzliche Informationen:

Zusatzausbildung: (z.B. Hypnose, Akupunktur,...)	
Hobbies: (z.B. tauchen, tanzen, wandern, bergsteigen, klettern, Schamanismus,...)	
Gewünschte Fortbildungsthemen:	

Abbuchungsauftrag für Lastschriften:

Auftraggeber (Mitglied):

Kontonummer des Auftraggebers:

Bankleitzahl:.....

Zahlungsempfänger: ÖGZH - österr. Gesellschaft für ärztliche und zahnärztliche Hypnose, Nußdorferstr. 4/5, 1090 Wien

Bedingungen:

Dieser Auftrag ist widerrufbar.

Die vom Konto abzubuchenden Beträge unterliegen keiner betragsmäßigen Beschränkung.

Die kontoführende Bank ist berechtigt, Lastschriften zurückzuleiten, insbesondere dann, wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist. Teilzahlungen sind nicht zu leisten.

Die kontoführende Bank ist berechtigt, diesen Auftrag nicht mehr durchzuführen, wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist. In einem solchen Fall wird der Zahlungsempfänger verständigt

Durch die Weitergabe dieses Abbuchungsauftrages an den Zahlungsempfänger entsteht für die kontoführende Bank keine Haftung.

Der (Die) Auftraggeber kann (können) gegenüber der kontoführenden Bank keine Einwendungen gegen Belastungen, die im Rahmen dieses Auftrages erfolgen, geltend machen. Einwendungen, die sich auf das der Lastschrift zugrundeliegende Rechtsgeschäft beziehen, sind zwischen dem (den) Auftraggeber(n) und dem Zahlungsempfänger direkt zu regeln.

Ein Widerruf des Auftrages gilt ab dem Zeitpunkt des Einlangens bei der kontoführenden Bank. Der (Die) Auftraggeber hat (haben) den Zahlungsempfänger gleichzeitig zu benachrichtigen.

Im übrigen gelten die "Allgemeinen Geschäftsbedingungen der österreichischen Kreditunternehmungen" in der letztgültigen Fassung.

Ort, Datum:

Unterschrift: