

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