ASTTM Österreichische Gesellschaft für Reise- und Touristikmedizin
Austrian Society for Travel and Touristic Medicine

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT / MEMBERSHIP APPLICATION FORM

Familienname / Last name _____ **akad. Titel /Title** _____

Vorname / First name _____ **geb. / born** ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ **(T - d / M – m / J - yr)**

Beruf / Profession _____ **Sonderausbildung / Specialization** _____

Adresse / Address: _____

Stadt / City _____ **PLZ / Zip** _____ **Land / Country** _____

Tel. / Phone _____ **Mobil:** _____ **Fax** _____

e-mail [1] _____

Ich bin mit der Aufnahme meiner Daten in die Datenbank der ASTTM und deren zweckentsprechender Verwendung einverstanden. Zur Orientierung hinsichtlich der Zielsetzungen dieser Gesellschaft, insbesondere der interdisziplinären, internationalen, wissenschaftlichen, aus- und fortbildenden Ausrichtung mit dem Schwerpunkt der Kooperation habe ich ein entsprechendes Beiblatt erhalten.
I agree that ASTTM may use my data. I confirm the receipt of a brief summary of targets especially pointing out the interdisciplinary, international, scientific and educational character of the Society focused on cooperation.

MITGLIEDSKATEGORIE / CATEGORY OF MEMBERSHIP — **JAHRESBEITRAG / ANNUAL FEE**

- ☐ **Ordentliches Mitglied / regular individual membership** — **25 Euro**
- ☐ **Außerordentliches Mitglied / non-regular membership** — **25 Euro**
- ☐ **Unterstützendes Mitglied / supporting membership**
- ☐ **Beitragsermäßigung: Student, Arzt / Pharmazeut ohne Anstellung / pensioniert**
  reduced annual fee: student, MD / pharmacician (umemployed / retired) — **20 Euro**
- ☐ **Beitragsermäßigung: Mitglied einer „befreundeten Gesellschaft“**
  reduced annual fee: member of an „affiliated society“ — **20 Euro**
  - ☐ **Österreichische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie (ÖGTP)**
  - ☐ **Österreichische Gesellschaft für Infektionskrankheiten (ÖGI)**
  - ☐ **Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)**
  - ☐ **Österreichische Gesellschaft für Chemotherapie**
  - ☐ **Österreichische Akademie für Flugmedizin**
  - ☐ **andere / others[2] :** _____

ZAHLUNGSMODUS / MODE OF PAYMENT:

- ☐ **bar / cash**
- ☐ **Überweisung/bank draft: HYPO Landesbank BLZ 54000 Kto.Nr.0000 281329 ltd. auf ASTTM e.V.**
  (e-banking)
- ☐ **Scheck / Check**
- ☐ **Kreditkarte / Credit Card:** ☐ **VISA** ☐ **MasterCard**
  Nummer / Number ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **(12 – 16 Zeichen / digits)**
  Gültig bis / Expiration Date ☐☐ / ☐☐ **(Monat / Jahr – month / year)**
  ausgestellt auf / Printed Name as it appears on card _____
  Unterschrift / Signature of Card Holder _____
- ☐ **Jahresmitgliedschaft für / One-year membership for** ☐☐☐☐
- ☐ **Mitgliedschaft bis auf Widerruf / Membership until cancellation**

_____, _____ — _____
Ort / Location **Datum / Date** — **Unterschrift / Signature**

1) einige Aussendungen / Informationen der Gesellschaft sind auf e-mail-Nutzer beschränkt - some distributions / informations of the Society are limited to e-mail-users
2) wie in Ergänzungsliste angeführt - as to be seen in the update

ASTTM wird aktuell unterstützt von / is supported by:
valneva® – Sanofi Pasteur® – medEXC!TE® – Tourismusverband Linz

www.asttm.org | helpdesk@asttm.org | Fax: +43 732 94 36 36 | Telefon: +43 676 943 34 29
Sitz: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern | Seilerstätte 4, A-4020 Linz
Bankverbindung: Hypo-Bank | IBAN: AT46 5400 0000 0028 1329 | BIC: OBLAAT2L