An die
Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES)
c/o Zentrum für Essstörungen
Weiherburggasse 1A
A-6020 Innsbruck
Österreich **www.oeges.or.at**

Fax +43-(0)512-58 77 43

07/05

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich mit der Veröffentlichung meiner unten angegebenen Daten in der Liste der ordentlichen bzw. juristischen ÖGES-Mitglieder auf der Homepage der ÖGES (www.oeges.or.at) einverstanden.

❑ Frau ❑ Herr Titel _____

Familienname _____ Vorname _____

Beruf _____

Zusatzausbildungen _____

_____

Eintragung in die Liste des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF)

- ❑ PsychotherapeutInnen
- ❑ Klinische PsychologInnen
- ❑ GesundheitspsychologInnen

KlientInnen-Altersgruppe:

- ❑ Kinder
- ❑ Jugendliche
- ❑ Erwachsene

Adresse der Institution / Praxis

_____

_____

_____

Telefon _____ e-mail _____

Ich hafte für die Richtigkeit meiner Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Veröffentlichung auf der ÖGES-Homepage an die Bezahlung des Mitgliedsbeitrages gebunden ist. Die Veröffentlichung meiner Daten kann ich mit eingeschriebenem Brief jederzeit widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN! ZUTREFFENDES ANKREUZEN.

BITTE PER FAX ODER PER POST RETOURNIEREN. DANKE !