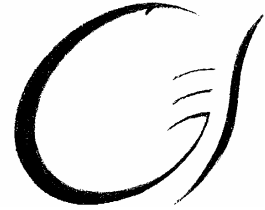


An die
Österreichische Gesellschaft für Essstörungen (ÖGES)
c/o Zentrum für Essstörungen
Weiherburggasse 1A
A-6020 Innsbruck
Österreich www.oeges.or.at
Fax +43-(0)512-58 77 43

08/05



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 hafter 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 BLOCKBUCHSTABEN! ZUTREFFENDES ANKREUZEN.

BITTE PER FAX ODER PER POST RETOURNIEREN. DANKE !