

Beitrittserklärung (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!)

zum Österreichischen Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerbund Kärnten



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akademische Grade und Titel	Familienname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum		<input type="text"/>
Berufsstand:		
<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Öffentlich Bediensteter	<input type="checkbox"/> Lehrling	Telefon privat
<input type="checkbox"/> Hausfrau	<input type="checkbox"/> Neben/Zuerwerbslandwirt	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schüler	<input type="checkbox"/> Student	Telefon dienstlich
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Pensionist/Rentner	<input type="text"/>
<input type="text"/>		Mobiltelefon
		<input type="text"/>
E-Mail-Adresse		
<input type="text"/>		
Beschäftigt bei:		
<input type="text"/>		
Dienstgeber		
<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postleitzahl	Ort	

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Österreichischen Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerbund und bekenne mich zu seinen Grundsätzen. Gemäß Datenschutzgesetz bin ich damit einverstanden, dass die hier angegebenen Daten vom ÖAAB Kärnten automationsunterstützt verarbeitet werden.

Beitrittsdatum _____ Unterschrift _____

Bitte ausgefüllte Beitrittserklärung umgehend an den **ÖAAB Kärnten, Bahnhofstraße 20, 9020 Klagenfurt (FAX: 0463/5862-25)** senden.

Beitrittserklärung (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!)

zum Österreichischen Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerbund Kärnten



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Akademische Grade und Titel	Familienname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Ort	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum		<input type="text"/>
Berufsstand:		
<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Angestellter	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Öffentlich Bediensteter	<input type="checkbox"/> Lehrling	Telefon privat
<input type="checkbox"/> Hausfrau	<input type="checkbox"/> Neben/Zuerwerbslandwirt	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schüler	<input type="checkbox"/> Student	Telefon dienstlich
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Pensionist/Rentner	<input type="text"/>
<input type="text"/>		Mobiltelefon
		<input type="text"/>
E-Mail-Adresse		
<input type="text"/>		
Beschäftigt bei:		
<input type="text"/>		
Dienstgeber		
<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postleitzahl	Ort	

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Österreichischen Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerbund und bekenne mich zu seinen Grundsätzen. Gemäß Datenschutzgesetz bin ich damit einverstanden, dass die hier angegebenen Daten vom ÖAAB Kärnten automationsunterstützt verarbeitet werden.

Beitrittsdatum _____ Unterschrift _____

Bitte ausgefüllte Beitrittserklärung umgehend an den **ÖAAB Kärnten, Bahnhofstraße 20, 9020 Klagenfurt (FAX: 0463/5862-25)** senden.

öaab-landesgruppe kärnten --- www.oeaab-ktn.at --- oeaab@oeypkarnten.at

öaab-landesgruppe kärnten --- www.oeaab-ktn.at --- oeaab@oeypkarnten.at