

AKTUARVEREINIGUNG ÖSTERREICHS (AVÖ)

An den Vorstand der AKTUARVEREINIGUNG ÖSTERREICHS (AVÖ)

Ich stelle gemäß den §§ 5 und 6 der Statuten der Aktuarvereinigung Österreichs (AVÖ) den
Antrag auf Aufnahme als *(bitte ankreuzen!)*

assoziiertes Mitglied

gemäß Statuten der AVÖ : § 5 Abs. (3) *Assoziierte Mitglieder können natürliche Personen werden, die Vollmitglieder einer Aktuarvereinigung in einem der übrigen Länder der Europäischen Union sind, deren Mitgliedschaft nach den dort geltenden Qualifikationen originär erworben wurde und Vollmitglieder der Schweizer Aktuarvereinigung, wenn vergleichbare Voraussetzungen vorliegen.*

und aufgrund der im folgenden dargelegten persönlichen Voraussetzungen.

Titel, Vorname, Zuname:		Geburtsdatum:
Wohnadresse: (PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Telefon :	Fax :	
beschäftigt bei (Firma) :		
Firmenadresse: (PLZ, Ort, Straße, Nr.)		
Telefon :	Fax :	
Handy :	EMail :	

Ich wünsche die **Postzustellung** *(bitte ankreuzen)* an

meine **Wohnadresse** : oder an meine **Berufsadresse** : *(Firma s.o. bzw. genau:)*

Ich bin Voll-Mitglied bei der Aktuarvereinigung (Kopie der Bestätigung der Mitgliedschaft liegt bei)

und auch persönliches Mitglied bei *(bitte ankreuzen)* : **AAI** : - **ASTIN** : - **AFIR** :
sowie bei weiterer Aktuarvereinigung : welcher:

AKTUARVEREINIGUNG ÖSTERREICHS (AVÖ)

A-1030 Wien Schwarzenbergplatz 7

Postanschrift : AVÖ – Sekretariat , Postfach 1 , 7002 Eisenstadt

Bank Austria (BLZ 20151)-Konto-Nr. 665 141 701

Internet : www.avoe.at

DVR : 0863807

AKTUARVEREINIGUNG ÖSTERREICHS (AVÖ)

Abgeschlossene höhere Schulbildung - *Schultyp, Dauer (Jahre), Jahr des Abschlusses*

Universitäre Ausbildung (*bitte ankreuzen!*) - *Angaben über Universität, Studienrichtung, Lehrgang*
 Hörer im Semester *abgeschlossen: wann (Jahr)? / mit (Erfolg)?*

Kenntnisse der Versicherungs- bzw. Finanzmathematik durch sonstige Lehrveranstaltungen

Berufliche Tätigkeit - *Beschreibung der derzeitigen Tätigkeit, berufliche Funktionen*

Ich erkläre, daß ich die Statuten der AKTUARVEREINIGUNG ÖSTERREICHS (AVÖ) erhalten habe und diesen Antrag in deren Kenntnis stelle.
Mit meiner eigenhändigen Unterschrift verbürge ich mich für die Richtigkeit meiner Angaben und Erklärungen.

Ich bin einverstanden, daß mein voller Name mit Berufs- und akad. Titel sowie meine Post-Adresse mit Tel.-Nr. in Verzeichnisse aller Mitglieder der AVÖ aufgenommen wird, die auch Nichtmitgliedern bei sachlich begründetem, vom Vorstand gebilligtem Anlaß zur Verfügung gestellt werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

*Für ergänzende Angaben verwenden Sie weitere Blätter oder legen Sie Kopien (Zeugnisse) bei.
In diesem Fall bitte anmerken: Anzahl der Beilagen : _____.*