

Anmeldeformular für eine
Mitgliedschaft bei der
Beckenbodengesellschaft
Österreich



Name, Titel: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Geb. Dat.: _____

Tel.: _____

Eintragungsnummer ins Gesundheitsregister: _____

- Ich möchte mich für eine **Schnuppermitgliedschaft (siehe Geschäftsordnung)** bei der Beckenbodengesellschaft Österreich (BGÖ) bewerben. Im ersten Jahr handelt es sich immer um eine Schnuppermitgliedschaft, mit Ausnahme von Gründergruppenmitgliedern, Tutor*innen und Vortragenden der BGÖ. Anschließend folgt eine automatische **Vollmitgliedschaft (siehe Geschäftsordnung)**. Ich bestätige hiermit, die [Qualitätskriterien](#) genau durchgelesen zu haben und diese auch zu erfüllen.

Beitrittszeitraum: 1. Jänner - 31. August: 150€

Beitrittszeitraum: 1. September - 31. Dezember: 80€

(jährliche Anpassung siehe Geschäftsordnung)

- Ich möchte mich für eine **Tutor*innenprogramm-Schnuppermitgliedschaft (siehe Geschäftsordnung)** bei der BGÖ bewerben. Ich bestätige hiermit, die [Qualitätskriterien](#) genau durchgelesen zu haben und diese in folgenden Punkten noch nicht zu erfüllen:

Beitrittszeitraum 1. Jänner - 31. März: 330€ (inkl. 3 Besprechungen)

Beitrittszeitraum 1. April – 30. Juni: 270€ (inkl. 2 Besprechungen)

Beitrittszeitraum 1. Juli - 30. September: 210€ (inkl. 1 Besprechung)

Beitrittszeitraum 1. Oktober – 31. Dezember: 90€

- Ich möchte mich für eine **Gruppenpräsentations-Schnuppermitgliedschaft (siehe Geschäftsordnung)** bei der BGÖ bewerben. Ich bestätige hiermit, die [Qualitätskriterien](#) genau durchgelesen zu haben und diese auch zu erfüllen.

Beitrittszeitraum: 1. Jänner-31. August 2021: 40€

Beitrittszeitraum: 1. September-31. Dezember 2021: 20€

Angaben zur beruflichen Tätigkeit:

Kontaktdaten, die auf der Homepage der BGÖ öffentlich angeführt werden:

Praxisname (Praxis1): _____

Praxisadresse (Praxis1): _____

Telefon-Praxis (P1): _____

E-Mail -Praxis (P1): _____

Homepage (P1): _____

Weiterer Praxisname (P2): _____

Weitere Praxisadresse (P2): _____

Telefon Praxis (P2): _____

E-Mail -Praxis (P2): _____

Homepage (P2): _____

Weitere Praxen -Kontaktdaten: _____

Ich möchte als Expert*in für folgende Themen angeführt werden und reiche entsprechende Aus-/Fortbildungsnachweise ein (mögliche Rückfragen durch den Vorstand der BGÖ)

Frau

- Kinderwunsch
- Menopause, Wechsel
- PCOS
- Endometriose
- Androgynie
- Hypo-/Hyperthyreose
- Diabetes
- Cholesterin
- Zyklusunregelmäßigkeiten
- Zyklusbeschwerden
- Schwangerschaft
- Stillzeit
- Intoleranzen
- Allergien
- Reizdarm
- FODMAP
- Sonstiges: _____

Kind

- Stillen/Formula Nahrung
 - Intoleranzen
 - Allergien
 - Beikost
 - Sonstiges: _____
-

Mann

- Kinderwunsch
- Potenzstörungen
- Diabetes
- Cholesterin
- Schilddrüsenstörungen
- Hormonstörung
- Intoleranzen
- Allergien
- Reizdarm
- FODMAP
- Sonstiges: _____

Zusatzausbildungen

- Sonstiges: _____

Ich biete folgende Gruppen an:

Titel und Zielgruppe	Kursort / online	Wochentag	Uhrzeit	Kosten

Bitte schicken Sie im Anhang eine genaue Kursbeschreibung, sowie weitere Details (z.B. offene oder geschlossene Gruppe)

Anhänge:

1. Berufsnachweis
 2. Zusatzausbildungen: FODMAP, Diabetesberater...
 3. Portraitfoto für die Homepage
 4. Kursbeschreibung bei Gruppenangeboten
-
- Ich bestätige, dass ich die [Geschäftsordnung](#) genau durchgelesen habe und diese akzeptiere.
 - Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgemäß dargebracht zu haben.
 - Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für Vereinszwecke verwendet werden.
 - Ich wünsche mir Werbung in sozialen Medien.
 - Ich verpflichte mich, den Jahresmitgliedsbeitrag binnen 4 Wochen nach positiver Rückmeldung durch den Vorstand und in den Folgejahren bis spätestens 31. Jänner des laufenden Jahres auf das Konto der BGÖ zu überweisen.

Kontoinhaber: Beckenbodengesellschaft Österreich
Kontonummer: IBAN: AT85 2011 1842 8979 5500
BIC: GIBAATWWXXX
Verwendungszweck: Name, Art der Mitgliedschaft

Ort, Datum

Unterschrift

Auf eine gute Zusammenarbeit freut sich die

