

# Beitrittsgesuch



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Rechnungs-  
adresse: \_\_\_\_\_  
(Falls abweichend) \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Akademische  
Abschlüsse:  
(Nachweise bitte als  
Kopie anfügen) \_\_\_\_\_

Aktuelle  
Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Bitte eine der folgenden Mitgliedsformen auswählen:

- Ich ersuche als **reguläres Mitglied** beizutreten (150.- CHF/Jahr).
- Ich ersuche als **studentisches Mitglied** SWAN beizutreten (50.- CHF/Jahr).  
(In dem Fall bei „Akademische Abschlüsse“ bitte angestrebten Abschluss angeben und Studiennachweis einreichen.)
- Ich ersuche mit einer **VDOE-SWAN-Kombimitgliedschaft \*** beizutreten  
(100.- CHF + 105 € /Jahr).
- Ich ersuche mit einer **VEÖ-SWAN-Kombimitgliedschaft \*** beizutreten  
(110.- CHF + 76 € / Jahr).

\* **Kombimitgliedschaften** sind beim jeweiligen Kooperationspartner eigenhändig zu beantragen. Der reduzierte Beitrag wird nur dann gewährt, wenn dies erfolgt ist.

Bei einer **Änderung der Mitgliedsform** (z.B. Aufnahme/Beendigung eines Studiums, Ein-/Austritt in VDOE) muss SWAN baldmöglichst, spätestens **bis zum 15. Januar eines Jahres** informiert werden. Bitte unterstützende Unterlagen beifügen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die wahrheitsgetreue Angabe meiner Daten sowie meinen Beitritt zum Verband **SWAN – SWiss Academic Nutritionists** und akzeptiere dessen Statuten. Darüber hinaus verpflichte ich mich, die Interessen des Verbands zu wahren und den Mitgliederbeitrag zu bezahlen.

Mir ist bewusst, dass der Vorstand von SWAN meine Ausbildung überprüfen wird und sich das Recht vorbehält, meinen Beitritt abzulehnen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anmerkungen des Verbandes:**

Alle angegebenen Daten werden von SWAN vertraulich behandelt und nur für interne Zwecke verwendet.