



Akademie des  
Österreichischen Films

## **KONTAKTFORMULAR für Mitglieder**

Vorname ..... Nachname .....

Adresse .....

Postleitzahl, Ort .....

Telefon (mobil) .....

E-Mail Adresse .....

Geburtsdatum .....

Sie geben der Akademie des Österreichischen Films mit der Unterschrift Ihre Einwilligung, dass Sie mit Name, E-Mailadresse, Postadresse, ev. Telefonnummern, Firma, Position, Beruf, in der Personen-Datenbank der Akademie des Österreichischen Films geführt werden. Wir verwalten Ihre Daten mit höchster Sorgfalt und geben diese keinesfalls an Dritte weiter.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift