

Bitte senden Sie Ihren Antrag per Post, E-Mail oder Fax an das Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main!

## Antrag auf Mitgliedschaft

Antrag auf Mitgliedschaft im Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main e.V.

Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Branche

Gebiet nach WBO/LÄK

1. Was erwarten Sie vom Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main?

2. Was bringen Sie in das Gesundheitsnetzwerk Rhein-Main ein?

3. Über welche Qualifikation und über welche Erfahrungen verfügen Sie?

4. Mit welchen Partnern des Gesundheitsnetzwerks Rhein-Main haben Sie bereits Kontakt oder arbeiten Sie bereits zusammen?

5. Seit wann sind Sie niedergelassen/beruflich in der jetzigen Funktion tätig?

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden: Name, dienstliche Kontakt (Adresse, Telefonnummern, E-Mail-Adresse). Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, dienstliche Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie die Vereinsordnungen einschließlich der Beitragsordnung sowie die jeweils gültigen Beitragssätze ausdrücklich an. Das Merkblatt „Informationspflichten nach Art. 13, 14 DS-GVO“ habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift