Mitgliedsantrag für die Hausarztakademie Hersfeld-Rotenburg e.V.

Name, Vorname:

Straße:

PZL; Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

□ Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Mitgliedschaft der Hausarztakademie Hersfeld-Rotenburg e.V. Der Satzungsinhalt ist mir bekannt und ich stimme mit meiner Unterschrift der Satzung zu.

□ Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in diesem Antrag angegebenen personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Mir ist bekannt, dass eine Aufnahme in die Hausarztakademie Hersfeld-Rotenburg e.V. ohne dieses Einverständnis nicht möglich ist.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift