

## Beitrittserklärung zur Mitgliedschaft am MRE-Netzwerk Schwarzwald-Baar-Kreis

Hiermit wird bestätigt, dass

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

als Ansprechpartner/in und stellvertretend für die folgende Institution zur aktiven Teilnahme am MRE-Netzwerk Schwarzwald-Baar-Kreis bereit ist.

Bezeichnung der Institution: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

Mit Ihrer Einverständnis zur Mitgliedschaft, werden wir zukünftig Informationen zu Fortbildungsveranstaltungen und Einladungen zum MRE-Netzwerk an Sie senden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift

---

**Einwilligungserklärung zur öffentlichen Nutzung der oben angegebenen E-Mail-Adresse** zur Übermittlung von Informationen, Fortbildungsveranstaltungen, Einladungen zu Netzwerktreffen und zur Kommunikation mit den Mitgliedern des Netzwerkes Schwarzwald-Baar-Kreis.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich (Gesundheitsamt, Herdstr. 4, 78050 Villingen-Schwenningen) oder per Mail (Gesundheitsamt@LRASBK.DE) widerrufen werden.

Ihre Daten werden nach den Vorgaben der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) behandelt.

Ja, ich bin einverstanden

Nein, ich bin nicht einverstanden

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift