

Selbsthilfenetzwerk Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e. V.

Gemeinnütziger Verein
Postanschrift: Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228 33889-280, Fax: 0228 33889-288
E-Mail: info@kopf-hals-mund-krebs.de

-Aufnahmeantrag- für Selbsthilfegruppen

(bitte deutlich schreiben, zutreffendes ankreuzen)

Hiermit beantrage ich ab den die Aufnahme in das Selbsthilfenetzwerk

Landesverband SHG

Straße PLZ. Ort

Tel. E-Mail

Gruppenleiter Arzt/Pflegekraft Berater

Name Vorname

Straße PLZ. Ort

Tel. E-Mail

Geburtsdatum Krankenkasse

Beruf ausgeübt Beruf jetzt

Behandlungsorte und Kliniken:

.....
.....

Art der Erkrankung in der Selbsthilfegruppe (z.B. Rachen- oder Zungenkrebs):

.....
.....

Anzahl der Mitglieder (Betroffene, Angehörige):

Ort, Datum, Unterschrift

Nach der neuen DSGVO-Verordnung, die am 25.05.2018 in Kraft getreten ist, sind wir verpflichtet, Ihr Einverständnis zur Speicherung von personenbezogenen Daten uns bestätigen zu lassen. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihr Einverständnis. Widerruf der Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO): Eine Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dazu reicht bspw. eine formlose E-Mail oder eine Mitteilung per Post an uns. Der Widerruf der Einwilligung beseitigt die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend.