



Grüne ÄrztInnen und Ärzte
Mariahilferstraße 95/14
1060 Wien

Ausdrückliche Einwilligung*

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich stimme zu, dass meine im Zuge des Beitritts (via Homepage-Formular oder Papier-Beitrittsformular) von mir angegebenen persönlichen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung gespeichert und verarbeitet werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit per Mail an mail@gruenmed.at kostenfrei widerrufen.

Ich stimme zu, dass meine im Zuge des Beitritts (via Homepage-Formular oder Papier-Beitrittsformular) von mir allenfalls angegebene Telefonnummer und E-Mail Adresse zum Zwecke der Kontaktaufnahme durch im Verein tätige Personen (Mitglieder des Vorstandes) genutzt werden dürfen. Ich kann diese Einwilligung jederzeit per Mail an mail@gruenmed.at kostenfrei widerrufen.

Vor- und Nachname (bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Ort, Datum

Unterschrift