

# Netzwerk innovative Neurodermitis-Versorgung

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in den Verein „Netzwerk innovative Neurodermitis-Versorgung“. Die Satzung habe ich zur Kenntnis genommen.

.....  
Name Vorname Geburtsdatum

.....  
Postleitzahl + Wohnort Straße + Hausnummer

.....  
E-Mail-Adresse Telefon

.....  
social-media Profil (falls vorhanden) Webseite (falls vorhanden)

.....  
Beruf Tätigkeitsbereich

	Bitte Zutreffendes ankreuzen
Ich bin betroffener Patient.	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist betroffener Patient.	<input type="checkbox"/>
Ich bin an einer fachlichen Mitarbeit im NiNV interessiert.	<input type="checkbox"/>
Ich möchte das NiNV mit meiner Förder-Mitgliedschaft unterstützen.	<input type="checkbox"/>

*Hinweise zum Datenschutz: Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert, wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.*

.....  
Ort und Datum, Unterschrift