

BEITRITTSERKLÄRUNG

zur Mitgliedschaft im NETZWERK KORPUS und Einwilligung in die Verwendung der eingegebenen Daten zu Zwecken der Kontaktaufnahme über das NETZWERK KORPUS.

Firma / Praxis / Einrichtung:

Titel / Akademischer Grad: Vorname / Name:

Fach-/ Spezialrichtungen:

Referenztätigkeiten:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort: Telefon dienstlich:

E-Mail: Webadresse:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben eingegebenen persönlichen Daten für an mich gerichtete Kontaktaufnahmen durch das NETZWERK KORPUS genutzt und unter www.netzwerk-korpus.de veröffentlicht werden dürfen.

Ich bin insbesondere damit einverstanden, dass das NETZWERK KORPUS meine Daten an Patienten/innen, Hochleistungssportler und Sportler/innen weiterleitet, damit diese mich kontaktieren können.

Eine Weitergabe der Kontaktdaten an Personen, die nicht zum NETZWERK KORPUS gehören, erfolgt nicht. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort / Datum: Unterschrift:

Bitte unterzeichnen Sie die Beitrittserklärung und senden Sie sie per Post, Fax oder E-Mail an eine der unten stehenden Kontaktmöglichkeit.