



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg- Vorpommern e. V.

Ich erkläre mich damit mit der Satzung und der Beitragsordnung einverstanden.

Mitgliedsdaten:

Vorname: .....

Nachname: .....

Firma / Institution: .....

Straße und Hausnummer: .....

Postleitzahl und Ort: .....

Telefon: .....

E- Mail: .....

Der Mitgliedsbeitrag ist im Januar eines jeden Jahres fällig, die Beitragshöhe richtet sich nach der aktuellen Beitragsordnung. Sie erhalten eine Zahlungsaufforderung.

Im Falle einer Beendigung der Mitgliedschaft werden alle gespeicherten Daten ausnahmslos nach einer Aufbewahrungsfrist von 12 Monaten gelöscht. Der Anwendung dieser Frist können Sie formlos widersprechen.

Im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft speichern wir die von Ihnen angegebenen Daten, um mit Ihnen in Kontakt zu treten und Sie über unsere Aktivitäten zu informieren. Wir versichern, dass Ihre Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Wenn Sie unsere regelmäßigen Informationen nicht erhalten möchten, bitten wir um einen entsprechenden Hinweis, wir werden Sie dann aus unserem Verteiler entfernen.

Für Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle.

Datum: .....

Unterschrift: .....