

# Beitrittserklärung Selbsthilfegruppe Pankreaskarzinom

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

E-Mail- Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

ich bin damit einverstanden, per E-mail kontaktiert zu werden.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliederdaten (Name, Funktion im Verein, Handynummer, Adresse, Geburtsdatum und E-Mail-Adresse) in der Mitgliederliste gespeichert werden.

Ja

Nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_