

# Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Prostata Selbsthilfegruppe  
BERLIN-NORD

Name: .....

Vorname: .....

Straße/Nr.: .....

Ort: .....

Telefon: .....

Mobiltelefon: .....

Telefax: .....

E-Mail: .....

**Ich möchte über Veranstaltungen informiert und auf Anfrage über neue Entwicklungen im Bereich im der Prostatakarzinomtherapie informiert werden.**

**Einverständniserklärung zur Datenspeicherung / Erklärung zum Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, meine (E-Mail-) Adresse und meine Telefonnummer in die Adressliste der Selbsthilfegruppe aufgenommen wird. Die Aufnahme erfolgt ausschließlich zum Zweck der Information und Kommunikation innerhalb der Selbsthilfegruppe und wird nicht an Personen oder Institutionen außerhalb der Gruppe weitergegeben. Nach Ende der Mitgliedschaft werden die Daten gelöscht. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden. Hierzu genügt eine telefonische Mitteilung oder schriftliche Information ohne Angabe von Gründen.

**Die Informationen zur Gruppenarbeit** (Termine für das Gruppentreffen, sonstige Veranstaltungen) möchte ich

per E-Mail  per SMS  telefonisch erhalten

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Prostata Selbsthilfegruppe BERLIN-NORD an.

Ort, Datum, Unterschrift: .....

Bitte zurücksenden an: Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Berlin-Nord, Klaus Kronewitz, Elchdamm 20 A, 13503 Berlin

oder per E-Mail an: klaus.k@prostatakrebs-selbsthilfegruppe-berlin.de