

Beitrittserklärung

VOXMED Fraktion

in der Ärztekammer Nordrhein
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

info@voxmed.de

www.voxmed.de



Per Fax an (02203) 5756-2910

_____/_____
Titel Geburtsdatum

Vorname, Name

Praxisadresse

☐ Gemeinschaftspraxis ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ Einzelpraxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail

niedergelassen seit

☐ angestellt ☐ nicht berufstätig

☐ in Weiterbildung bis _____

Privatadresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail

Die **VOXMED** erhebt mit dem Beitritt die folgenden Daten seiner Mitglieder: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift (Privat- und Praxisanschrift), Telefon, Fax, E-Mailadresse. Diese Daten werden im Rahmen der Mitgliedschaft verarbeitet und gespeichert.

Die Fraktion veröffentlicht je nach Anlass Namen und ggf. Bilder seiner Mitglieder auf der Homepage, in sozialen Medien, Rundschreiben etc.

Ich kann diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich (Brief oder E-Mail) gegenüber dem Vorstand der **VOXMED** widerrufen.

Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.

✕ Ort, Datum, Unterschrift

Vorsitzender: Dr. Oliver Funken
stv. Vorsitzender: Dr. Arndt Berson
Dr. Gwen Rabe
Dr. Nils Vogel