



Aufnahmeantrag

Praxisname: _____

Adresse: _____

Wirtschaftlich verantwortliche Person/
Rechnungsempfänger: _____

Arbeitsmedizinischer Ansprechpartner,
falls abweichend: _____

Emailadresse für diese Person _____

Telefonnummer: _____

zuständige BG: _____

Mitarbeiterzahl infektionsgefährdet : _____

Mitarbeiterzahl ausschließlich Büro : _____

Sicherheitsfachkraft:

ist vorhanden ist noch nicht vorhanden wird nicht benötigt soll das WAZ stellen

Hiermit beantrage ich die formale Aufnahme als Mitglied in den

Werksarzt-Zentrum Haiger e.V.
Allendorfer Straße 58
35708 Haiger

schnellstmöglich / zum Q1 / Q2 / Q3 / Q4 (bitte umkreisen!)

Die Satzung wurde mir zur Einsicht überlassen.

**Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden:
Namen, Adressen, Telefonnummern, Emailadresse, zuständige BG, Mitarbeiteranzahl.**

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, zuständige BG, Mitarbeiteranzahl. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Mit dem Antrag verpflichten wir uns bei Aufnahme die Gesamtkosten des Vereins in tatsächlicher Höhe im Anteil unserer Mitarbeiter multipliziert mit Faktor lt. Angebot an der Gesamtzahl der Mitarbeiter zu tragen.

Name, Datum, ggfs. Stempel, Unterschrift

Rücksendung per Post oder Email an info@werksarzt-haiger.de oder per Fax an 02773-3927