

Absender:

Stadt Chemnitz
Sozialamt
Pflegekoordination
Bahnhofstraße 53
09111 Chemnitz

Fax 0371 488-5098
E-Mail pflegenetz_c@stadt-chemnitz.de

Kontaktdaten

Träger/Einrichtung

Ansprechpartner: Name, Vorname

Telefon

E-Mail

Homepage

Beitrittserklärung Hospiz- und PalliativNetz_C

Die Leitlinien sind uns/mir in der gültigen Fassung (Anlage) bekannt und werden anerkannt.
Mit der Veröffentlichung des Logos und der o. g. Kontaktdaten bin ich/sind wir einverstanden.
Diese dürfen für die Internetseite und Printmedien des Netzwerkes genutzt werden.
Ich/Wir erkläre/n dem Hospiz- und PalliativNetz_C als Netzwerkpartner beitreten zu wollen.

Diese Angaben dienen ausschließlich statistischen Zwecken.

Trägerschaft:

☐ öffentlich

☐ privat

☐ gemeinnützig

☐ _____

Rechtsform:

☐ Verein

☐ GmbH

☐ gGmbH

☐ GbR

☐ _____

Das Hospiz- und PalliativNetz_C entscheidet demokratisch im Abstimmungsprozess mit der einfachen Mehrheit über Neuaufnahmen von potentiellen Netzwerkpartnern. Dazu bitten wir Sie nachfolgend um eine kurze Vorstellung:

Vorstellung der Person/des Ansprechpartners:

Zielstellung der Institution/Einrichtung:

Aufgabenschwerpunkte

Gründe für die Mitwirkung im Netzwerk

Ich kann/Wir können die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Mir/Uns ist bekannt, dass die Datenverarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgt ist, dennoch rechtmäßig bleibt. Ein Widerruf ist per Post oder per Mail an o. g. verantwortliche Stelle zu richten. Ein Widerruf bewirkt, dass eine weitere Verarbeitung der Daten nicht möglich ist und damit o. g. Zweck nicht weiterverfolgt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel