

## Abfrage der Kontaktdaten

Das Datenschutzgesetz verlangt, dass wir Ihr Einverständnis zur Speicherung Ihrer Anschrift bzw. Ihrer E-Mail einholen. Füllen Sie dieses Formular aus und lassen Sie uns dieses bitte **unterschieden** zukommen.

*Bitte füllen Sie diese Zeile unbedingt aus*

Anrede	Titel	Vorname	Nachnam

*Füllen Sie diese Zeilen bitte aus, wenn Sie die Einladung **per Post** erhalten möchten*

<b>Straße und Hausnummer</b>			
<b>Postleitzahl</b>		<b>Wohnort</b>	

*Bitte tragen Sie Ihre E-Mail ein, falls Sie die Einladung und weitere Informationen **per E-Mail** erhalten möchten*

<b>Mein E-Mail</b>	
--------------------	--

*Verbleib meiner Daten*

<input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden, dass Sie meine Daten speichern um mir weiterhin Information zu Terminen und Veranstaltungen der SHG - Schlafapnoe - Darmstadt zukommen lassen.
<input type="checkbox"/> <b>Bitte löschen Sie alle meine Daten nach der Mitgliederversammlung.</b>

<input type="checkbox"/> Bitte Informieren Sie mich bitte bei wichtigen Änderungen fernmündlich.		
<b>Telefon</b>	<b>Telefax</b>	<b>Mobil</b>

Ich kann mein Einverständnis zur Speicherung meiner Daten jederzeit ohne Begründung widerrufen. Meine Daten werden dann gelöscht.

---

Ort, Datum

Unterschrift