

Antrag auf Mitgliedschaft

Name der Hochschule: _____

Anschrift: _____

An der Hochschule vertretene Fachrichtungen (ET, LP/ST, PT): _____

1. Vertretung: Akademischer Grad: _____

Name: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Funktion an der Hochschule: _____

Fachrichtung: _____

2. Vertretung: Akademischer Grad: _____

Name: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Funktion an der Hochschule: _____

Fachrichtung: _____

Ort Datum Unterschrift 1. Vertretung

**Da die Aufnahme im FBTT e.V. nur mit der Einwilligung in die Datenverarbeitung erfolgen kann,
bitte das zusätzliche Formular zur Einwilligung ausfüllen und unterschreiben!**

Einwilligung zur Datenverarbeitung

durch den Fachbereichstag Therapiewissenschaften e.V.

Wie jeder andere Verein auch, verarbeitet der Fachbereichstag Therapiewissenschaften e.V. in seiner alltäglichen Arbeit personenbezogene Daten seiner Mitglieder. Dies geschieht stets unter Einhaltung der gesetzlichen Grundlagen sowie unter Ergreifung geeigneter Maßnahmen um größtmöglichen Schutz der Daten gewährleisten zu können.

(auszufüllen von der 1. Vertretung der Hochschule)

Akademischer Grad: _____

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

- Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten zur Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft, steuerrelevante Daten für die gesetzlich vorgeschriebene Dauer gespeichert.
- Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten zum Versenden von wichtigen Informationen zu Terminen, Veranstaltungen sowie Seminaren der des FBTT verwendet werden dürfen.
- Hiermit willige ich ein, dass meine Emailadresse zum Versand des FBTT-Newsletters verwendet werden darf.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ort

Datum

Unterschrift 1. Vertretung