



*Sehr geehrtes Mitglied,*

die Weitergabe der Adressdaten erfolgt **ausschließlich an Mitglieder** des Vereins z.B. zum Zwecke des Erfahrungsaustauschs.

Durch das Einsetzen von Regionalverantwortlichen wollen wir Ihnen einen Ansprechpartner in Ihrer Nähe nennen können, Regionaltreffen veranstalten und unsere regionale Präsenz stärken.

Wir geben Ihre Daten jedoch erst **nach Ihrer Freigabe** weiter. Daher ist die Information, ob Sie dies wünschen, sehr wichtig für uns!

Wir versichern Ihnen, daß wir Ihre Daten höchst vertraulich behandeln ! Sie können diese Erklärung jederzeit widerrufen. Bitte senden Sie uns dieses ausgefüllte Blatt zusammen mit Ihrer Beitrittserklärung – auch wenn Sie KEINE Weitergabe wünschen sollten. Vielen Dank.

Der Vorstand

## Datenfreigabe / Einverständniserklärung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

**Ja**, ich/wir bin/sind mit der Speicherung und **uneingeschränkten Datenweitergabe** meiner/unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, Emailadresse und des MPS –Typs der Erkrankung **an andere Vereinsmitglieder** einverstanden.

**Ja**, ich/wir bin/sind grundsätzlich mit der Speicherung und Datenweitergabe meiner/unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, Emailadresse und des MPS –Typs der Erkrankung an andere Vereinsmitglieder einverstanden, habe/n aber folgende **Einschränkung:**

\_\_\_\_\_

**Nein**, ich/wir bin/sind **nicht** mit der uneingeschränkten Datenweitergabe meiner/unserer Adresse, Telefon- und Faxnummer, Emailadresse und des MPS –Typs der Erkrankung an andere Vereinsmitglieder einverstanden.

Datum, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Adresse der Beratungs- und Geschäftsstelle:

Gesellschaft für MPS e.V., Pappelweg 6, 63741 Aschaffenburg  
Telefon: 0 60 21 - 85 83 73      E-Mail: info@mps-ev.de  
Telefax 0 60 21 - 85 83 72      Internet: <http://www.mps-ev.de>

