



**Sprecherinnen des Netzwerks:**

Dr. Jutta Begenau  
Sibylle Schreiber  
Susanne Schroeder

Berlin, den .2019

Anlage: Formular „Antrag auf Mitgliedschaft“

**Mitteilung zum Interesse an der Mitgliedschaft im Netzwerk Frauengesundheit Berlin**

Sehr geehrte Frau

im Interesse einer hohen persönlichen Verantwortlichkeit bezüglich der Mitarbeit im Netzwerk haben wir uns darauf verständigt, von allen Teilnehmerinnen eine verbindliche Erklärung bezüglich ihrer Mitgliedschaft und kontinuierlichen Mitarbeit einzuholen. Es gibt zwei Formen der Mitgliedschaft:

1. Mitgliedschaft als Vertreterin für eine Organisation/ Institution

In diesem Fall wären wir dankbar für die unterschriebene Bestätigung durch eine dazu berechnigte Person. Außerdem wäre es wünschenswert, sowohl ein Mitglied benannt zu bekommen als auch eine Vertreterin.

2. Mitgliedschaft als Person

In diesem Fall sind wir dankbar für eine zusätzliche Information hinsichtlich Ihrer Multiplikatorin-Rolle zu anderen Organisationen /Institutionen. Sollten Sie fest in diese Organisation/ Institution eingebunden sein und sollte sich – z.B. aufgrund ihrer Größe – auch hier eine Vertretungsregelung anbieten, so bitten wir das auf dem beiliegenden Formular zu vermerken.

Auf eine baldige Rückmeldung freuen wir uns.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Kea Tielemann  
**- Netzwerkstelle -**



## Antrag auf Mitgliedschaft im Netzwerk Frauengesundheit Berlin

- Bitte ausfüllen -

Name der Einrichtung	
Ansprechpartner*innen	
Kontaktadresse	
Tel.	
Fax	
E-Mail	
Website	
Aufgaben/ Zielstellung bzgl. Frauengesundheit	
Aktivitäten und Angebote	
Zielgruppe/n	
Ressourcen für das Netzwerk Frauengesundheit	



## Antrag auf Mitgliedschaft im Netzwerk Frauengesundheit Berlin

- Bitte Nichtzutreffendes streichen! -

### Variante 1: Mitglied als Vertreterin einer Organisation/ Institution

Name:

Arbeitsgebiet:

**Ja, ich möchte Mitglied und Mitarbeiterin im Netzwerk Frauengesundheit Berlin werden.**

Ich vertrete folgende Organisation/ Institution:

Im Falle meiner Abwesenheit werde ich vertreten durch:

Unterschriftliche Bestätigung durch einen dazu berechtigten Vertreter / eine Vertreterin der Organisation/ Institution (z.B. Vorstand):

Datum: ..... Persönliche Unterschrift: .....

#### **Datenschutzerklärung**

Mit der Aufnahme ins *Netzwerk Frauengesundheit Berlin* werden die oben aufgeführten Daten erhoben. Das *Netzwerk Frauengesundheit Berlin* erhebt, verarbeitet und nutzt die Daten der Mitglieder ausschließlich zur Erfüllung der Ziele des Netzwerks und um den Mitgliedern Informationen zukommen zu lassen; u. a. werden Einladungen zum Plenum, Protokolle, der Infobrief sowie Rundmails z.B. mit Veranstaltungshinweisen verschickt. Die Daten werden nicht an dritte Personen weitergegeben.

Sofern eine E-Mail-Adresse angegeben wurde, wird die Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt.

Das *Netzwerk Frauengesundheit Berlin* veröffentlicht alle Mitglieder mit Kontaktdaten auf seiner Homepage, sofern der Veröffentlichung nicht ausdrücklich widersprochen wird. Eine Liste der Mitgliedsorganisationen des Netzwerks ohne Angabe der Kontaktdaten wird in der Selbstdarstellungsbroschüre des Netzwerks veröffentlicht.

Die Mitglieder können die Verwendung der freiwilligen Angaben jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem *Netzwerk Frauengesundheit Berlin* unter den angegebenen Kontaktdaten widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung vor Eingang des Widerrufs wird davon nicht berührt.

Wir erklären uns einverstanden.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....



## Antrag auf Mitgliedschaft im Netzwerk Frauengesundheit Berlin

- Bitte Nichtzutreffendes streichen! -

### Variante 2: Mitglied als Person (Multiplikatorin zu Organisationen/ Institutionen):

Name:

Arbeitsgebiet:

**Ja, ich möchte Mitglied und Mitarbeiterin im Netzwerk Frauengesundheit Berlin werden.**

Ich verstehe mich als Multiplikatorin für folgende Organisationen / Institutionen:

- 1.
- 2.
- 3.

Im Falle meiner Abwesenheit halte ich eine Vertretung für sinnvoll / nicht für notwendig.

Vertretung durch:

Datum: ..... Unterschrift: .....

#### **Datenschutzerklärung**

Mit der Aufnahme ins *Netzwerk Frauengesundheit Berlin* werden die oben aufgeführten Daten erhoben. Das *Netzwerk Frauengesundheit Berlin* erhebt, verarbeitet und nutzt die Daten der Mitglieder ausschließlich zur Erfüllung der Ziele des Netzwerks und um den Mitgliedern Informationen zukommen zu lassen; u. a. werden Einladungen zum Plenum, Protokolle, der Infobrief sowie Rundmails z.B. mit Veranstaltungshinweisen verschickt. Die Daten werden nicht an dritte Personen weitergegeben.

Sofern eine E-Mail-Adresse angegeben wurde, wird die Kommunikation soweit möglich elektronisch ausgeführt.

Das *Netzwerk Frauengesundheit Berlin* veröffentlicht alle Mitglieder mit Kontaktdaten auf seiner Homepage, sofern der Veröffentlichung nicht ausdrücklich widersprochen wird. Eine Liste der Mitgliedsorganisationen des Netzwerks ohne Angabe der Kontaktdaten wird in der Selbstdarstellungsbroschüre des Netzwerks veröffentlicht.

Die Mitglieder können die Verwendung der freiwilligen Angaben jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem *Netzwerk Frauengesundheit Berlin* unter den angegebenen Kontaktdaten widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung vor Eingang des Widerrufs wird davon nicht berührt.

Ich erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....