



Einwilligung Mandatsträger

Frau / Herr _____
Name, Vorname

Funktion im VdRBw: _____ Gliederung: _____

Als Mandatsträger vertreten Sie den Reservistenverband nach innen und außen. Im Rahmen Ihrer Funktion ist es erforderlich, grundlegende Kontaktmöglichkeiten innerhalb und außerhalb des VdRBw e.V. weitergeben zu dürfen. Insbesondere zählen hierzu: Funktion, Name, Vorname, E-Mail-Adresse und eine Telefonnummer und/oder Mobilfunknummer.

Wir bitten gem. DSGVO um Zustimmung zur Weitergabe bzw. Veröffentlichung Ihrer Daten.

Ich bin damit einverstanden/nicht einverstanden, dass meine Kontaktdaten in einem regionalen Info-Medium des Verbandes und/oder auf der Internetseite des Verbandes veröffentlicht werden:

	Ich bin einverstanden	Ich bin <u>nicht</u> einverstanden
Name, Vorname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mail-Adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portraitfoto/Bild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatadresse/Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin damit einverstanden / nicht einverstanden, dass meine Kontaktdaten an die Mitglieder innerhalb meiner RK bzw. Gliederung weitergegeben werden:

	Ich bin einverstanden	Ich bin <u>nicht</u> einverstanden
E-Mail-Adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilnummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privatadresse/Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit ohne Wahrung von Fristen widerrufen kann.

Den Widerruf richten Sie bitte an:

Reservistenverband, Geschäftsstelle Bückeburg, Achumer Str. 1, 31675 Bückeburg
E-Mail: Bueckeburg@reservistenverband.de

Ort, Datum

Unterschrift