

MITGLIEDSANTRAG Netzwerk Gesunde Arbeit in Thüringen

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Mitgliedschaft im Netzwerk „Gesunde Arbeit in Thüringen“ zu. Voraussetzungen für die Mitgliedschaft sind:

- Standort/Unternehmenssitz/Filiale in Thüringen
- Beitritt als Unternehmen, Institution, Verein, Verband, etc. - **Nicht als Privatperson**
- Vorhandensein eines Ansprechpartners für Betriebliches Gesundheitsmanagement & besonderes Engagement in diesem Bereich
- Arbeitgeber, die für die **eigenen Beschäftigten** ein **ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement** etabliert haben, das **im Managementsystem** des Unternehmens/Betriebes **verankert** ist.

Unternehmen/Einrichtung	
Ansprechpartner/in	
Branche	
Anzahl der Mitarbeiter	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon/Fax	
E-Mail	
Homepage	

Wir interessieren uns für folgende Themen zur Gesunden Arbeit:

Bisher haben wir folgende Maßnahmen Gesunder Arbeit umgesetzt:

Von der Mitgliedschaft im Netzwerk erhoffen wir uns:

Folgendes können wir dem Netzwerk als Unterstützung anbieten:

Wir interessieren uns für die Zertifizierung „Thüringer Siegel für Gesunde Arbeit“: ja nein

Einwilligungserklärung zu den Datenschutzbestimmungen:

Ihre Privatsphäre ist uns wichtig, deshalb setzen wir die Datenschutzgrundverordnung sorgsam um. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Erfassung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu. Die personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Beratung zu Gesunder Arbeit, Veranstaltungseinladungen und Teilnehmerinformation durch das Netzwerk Gesunde Arbeit in Thüringen gespeichert. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die E-mailadresse kann zur Übersendung von Informationen und Materialien verwendet werden. Sie haben das Recht, erteilte Einwilligungen gem. Art. 7 Abs. 3 DSGVO mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Personenbezogene Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies zur Erreichung des Verarbeitungs- und Speicherungszwecks erforderlich ist. Sobald der Speicherungszweck entfällt oder eine durch die genannten Vorschriften vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, werden die personenbezogenen Daten gesperrt oder gelöscht. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zu den Datenschutzbestimmungen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitten senden Sie uns den Mitgliedsantrag unterschrieben zurück.