

T e i l

n

a

h

m

e



TEILNAHMESCHEIN

Bitte Ihren Wettbewerbsunterlagen beilegen.

NAME / INSTITUTION

ANSPRECHPARTNER

STRASSE

PLZ / ORT

TELEFON

E-MAIL

UNTERSCHRIFT

Wir benötigen für die Bearbeitung Ihrer Teilnahme auch persönliche Angaben der Ansprechpartner. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer und Ihrer E-Mail-Adresse. Wir verarbeiten und nutzen Ihre Daten ausschließlich zu dem von Ihnen gewünschten Zweck der Teilnahme am Wettbewerb. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok-bv.de/datenschutzrechte](https://www.aok-bv.de/datenschutzrechte). Bei Fragen können Sie sich an die Geschäftsstelle des Berliner Gesundheitspreises oder den Datenschutzbeauftragten des AOK-Bundesverbandes unter datenschutz@bv.aok.de wenden.

BERLINER GESUNDHEITSPREIS 2019

