

Rückfax an: 0391 – 5 62 02 56

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, danke!

Bitte nehmen Sie Änderungen im Suchthilfewegweiser in folgenden Rubriken vor:

Name der Suchtselbsthilfegruppe	
Rechtsträger/Verband	
Adresse	
Zielgruppe/n und/oder Suchtform/en und/oder Angebote	
Ansprechpartner/in* (max. zwei Personen)	
Telefonnummer*	
Faxnummer	
E-Mail-Adresse*	
Website/Homepage	
Zu welchem Zeitpunkt finden die Treffen statt?	
Treffpunkt/Ort der Gruppentreffen	

Ich kann der Nutzung meiner personenbezogenen Daten jederzeit formlos auf den gängigen Kommunikationswegen bei der LS-LSA widersprechen. Ich habe ein Recht auf Berichtigung, Sperrung und Löschung der durch mich an die LS-LSA übergebenen personenbezogenen Daten. Ich bin berechtigt, jederzeit Auskunft über von mir gespeicherte Daten und den Zweck der Speicherung zu erhalten.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden sich in der Datenschutzerklärung der LS-LSA unter <http://www.ls-suchtfraagen-lsa.de/datenschutzerklaerung.html>.

Mit meiner Unterschrift erteile ich meine Einwilligung, dass die o.g. personenbezogenen Daten veröffentlicht werden.

*Bei personenbezogenen Angaben
(Vorname, Name, personal. E-Mail,
ggf. Tel.nr. etc.) bitte auch hier unterschreiben:

Unterschrift betroffene Person gem. DSGVO

Unterschrift betroffene Person gem. DSGVO

Ort, Datum

Unterschrift Leitung, Stempel