

Aktion Zahngold

Eine Aktion der Salzburger Kinderkrebshilfe

| | |
|----------------------|--|
| Praxisname | |
| Titel | |
| Nachname | |
| Vorname | |
| Postleitzahl und Ort | |
| Telefon | |
| Fax | |
| Email | |

Hiermit bekunde ich Interesse an der Aktion Zahngold der Salzburger Kinderkrebshilfe.

Ort und Datum

Unterschrift

Ich erhalte nach Übermittlung dieser ausgefüllten und unterfertigten Interessenbekundung sämtliche Unterlagen über den Ablauf der Aktion, Spendenlisten, Sammelboxen und Infomaterial seitens der Salzburger Kinderkrebshilfe zugestellt. Über die freiwillige Teilnahme an der Aktion Zahngold entscheide ich erst nach Erhalt der Unterlagen. Mag. Holger Dominik Steinbichler, Geschäftsleiter der Salzburger Kinderkrebshilfe und Datenschutzbeauftragter, wird sich diesbezüglich bei mir melden. Gebe ich dann mein Einverständnis zur Teilnahme an der Aktion Zahngold, wird aus dieser Interessenbekundung ein Teilnahmeformular, welches solange ich an dieser Aktion teilnehme, von der Salzburger Kinderkrebshilfe verwahrt wird. Ich kann meine Teilnahme jederzeit widerrufen. Ich verpflichte mich, im Falle des Widerrufs, alle mir zur Verfügung gestellten Unterlagen vollständig an die Salzburger Kinderkrebshilfe zurückzugeben.