Public Health
Zentrum **Fulda**

Hochschule Fulda - Leipziger Straße 123 - 36037 Fulda

Ich möchte Mitglied im Public Health Zentrum Fulda (PHZF) werden:

Name, Vorname:

E-Mail-Adresse:

Forschungsfelder: Public Health
(FF)
andere FF:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Mitgliedschaft im PHZF und erkenne die Satzung des PHZF an. Die Aktuelle Satzung ist im Internet unter https://www.hs-fulda.de/unsere-hochschule/hochschulrecht/zentrale-einrichtungen einsehbar. Die Mitgliedschaft kann ich jederzeit schriftlich (E-Mail an phzf@hs-fulda.de) zurückziehen. Mitgliedern entstehen durch die Mitgliedschaft keine Kosten oder Verpflichtungen über die Satzung hinaus.
Mit Verlassen der Hochschule Fulda endet meine Mitgliedschaft automatisch. Sofern ich eine weitere Mitgliedschaft wünsche, stelle ich einen formlosen Antrag per E-Mail an: phzf@hs-fulda.de bis spätestens drei Monate nach meinem Ausscheiden als Hochschulmitglied.

Das PHZF verpflichtet sich, meine Daten vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben oder für kommerzielle Zwecke zu nutzen.

Datum, Unterschrift: