

Einverständniserklärung

Name der Firma: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner/in: _____
(eventuell für Themen rund um Personal, betriebliche Gesundheitsförderung: falls bekannt oder Vertragsmanager)

Stellung im Betrieb: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Allgemeine Angaben zum Betrieb (falls bekannt)

Anzahl der Beschäftigten: _____

Ist bereits eine betriebliche Gesundheitsförderung vorhanden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wurden schon mal Gesundheitstage im Unternehmen durchgeführt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Besteht Interesse an einem Gesundheitstag/DAK FIT CHECK?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Die Kontaktaufnahme der DAK-Gesundheit werde ich ankündigen.

Ich willige ein, dass meine freiwilligen Angaben zur Kontaktaufnahme für die Zwecke der Information und Beratung über aktuelle bzw. besondere Leistungen und Serviceangebote durch die DAK-Gesundheit gespeichert und genutzt werden dürfen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Ich bin damit einverstanden, dass die Kontaktaufnahme per Telefon erfolgt.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit bei der DAK-Gesundheit widerrufen.

Die Abgabe oder Nichtabgabe dieser Erklärung hat keine Auswirkungen auf die Ausschreibung.

Ort, Datum, Unterschrift