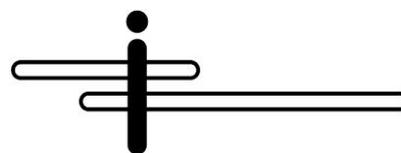


# Stammdatenblatt



Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin

## Persönliche Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Nummer	
PLZ, Ort	
Email	bitte hier eine private, auch nach Studienabschluss noch gültige Emailadresse – NICHT die universitäre- angeben
Telefon	
Mobil	

## Kontodaten

IBAN	
BIC	
Name der Bank	

## Daten zur Ausbildungssituation/ Arbeitssituation

Studienfach		
Studienzeitraum:	Beginn:	voraussichtliches Ende:
Studienort		
Arbeit/ Anstellung		
Andere Studienunterstützungen/ Stipendien		
Abgeschlossene Ausbildungen und Studiengänge:		

## Datenschutz

Für die Organisation unserer Stipendien und Förderungen speichern wir alle personenbezogenen Daten für zehn Jahre und behalten uns vor, Berichte, Ausarbeitungen sowie Stammdatenblätter und Verträge darüber hinaus zu Dokumentations-Zwecken aufzubewahren.

Die Daten werden intern zur Verwaltung der Förderungen verwendet und bis auf die Berichte und Ausarbeitungen nicht an Dritte weitergegeben. Die Berichte und Ausarbeitungen dürfen mit Namen im Tätigkeitsbericht veröffentlicht werden; in der öffentlich einsehbaren Digitalversion des Tätigkeitsberichtes werden die Namen geschwärzt oder herausgenommen.

Die Emailadressen werden zum Versenden von Nachrichten und Mitteilungen an unsere Stipendiaten und Alumni verwendet. Die Namen, Veranstaltungen und Fördersummen teilen wir unseren Geldgebenden Stiftungen mit. Vor jeder darüber hinausgehenden weiteren Nutzung der Daten muss die Zustimmung die Stipendiat\*innen eingeholt werden.

Die Zustimmung zu dieser Art der Datennutzung ist Voraussetzung um Stipendiat\*in bei der IfAAM zu sein.

Die Information zur Verwendung der Personendaten habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift

--

**Vernetzung der Stipendiat\*innen**

Ich bin damit einverstanden, dass andere Stipendiat*innen, die Interesse an einer internen Vernetzung haben (zum Beispiel zur Gründung lokaler Arbeitskreise), meine Kontaktdaten beim Vorstand der IfAAM erfragen können:	
<input type="checkbox"/>	Ja- meine Emailadresse und meine Telefonnummer
<input type="checkbox"/>	Ja- nur meine Emailadresse
<input type="checkbox"/>	Ja - nur meine Telefonnummer
<input type="checkbox"/>	Nein
<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift</i>

*Von der Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin auszufüllen:*

Stipendiat*innen-ID:	
Bemerkungen:	