

## Verschwiegenheitsverpflichtung für Mitglieder

Linkgasse 8-10  
42651 Solingen  
Büro: 0212 - 233 39 22  
Fax: 0212 - 33 29 92  
www.aidshilfe-solingen.de  
kontakt@aidshilfe-solingen.de  
Öffnungszeiten:  
Mo 17-20 Uhr | Fr 9-15 Uhr

---

Name, Vorname

---

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

---

Telefon

Geburtsdatum

Ich bin Mitglied des Vereins **AIDS-Hilfe Solingen, Regenbogen e.V.** oder habe einen entsprechenden Antrag gestellt.

Zur Gewährleistung des Datenschutzes verpflichte ich mich, die mir durch meine Vereinsmitgliedschaft bekannt werdenden, personenbezogenen Daten der Vereinsmitglieder weder anderen Personen bekannt zu geben, noch zugänglich zu machen.

Diese Daten werde ich ausschließlich im Rahmen meiner Vereinstätigkeit verwenden, verarbeiten oder sonst nutzen.

Mir ist bekannt, dass zu den geschützten persönlichen Daten auch bereits der Name des einzelnen Vereinsmitgliedes gehört.

Meine Verschwiegenheitsverpflichtung gilt auch nach Beendigung meiner Vereinsmitgliedschaft.

Die Verschwiegenheitsverpflichtung erstreckt sich des Weiteren auch auf Mitarbeiter/innen, Beratungssuchende und zu betreuende Personen bei der AIDS-Hilfe Solingen, Regenbogen e.V..

Ein Exemplar dieser Erklärung wurde mir ausgehändigt bzw. behalte ich selbst.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

**Geschäftskonto**

Stadtsparkasse Solingen  
IBAN DE5834250000000409003  
BIC SOLSDE33XXX

**Spendenkonto**

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE20370205000001301900  
BIC BFSWDE33XXX

**Vorstand**

Tatjana Plümacher  
Lothar Hahmann  
Stefan Schmitz

**Vereinsregister**

Amtsgericht Solingen  
VR 1260