

Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

RÜCKraft Kurs

10x In der Grundschulsporthalle in 88326 Aulendorf

Kursbeginn:

Kurstag:

Uhrzeit:

Hiermit melde ich mich verbindlich zu o.g. Kurs an.

93,-- € mit Krankenkassenbescheinigung

50,-- € für SGA Mitglieder

75,-- € für Nicht-Mitglieder

Die Kursgebühr ist fällig **in bar** zu Beginn des Kurses.

Hiermit stelle ich den Veranstalter von sämtlichen Haftungsansprüchen frei, sofern diese nicht über die gesetzliche Haftpflicht gedeckt sind. Eingeschlossen sind hiermit sämtliche unmittelbaren und mittelbaren Schäden, sowie sämtliche Ansprüche berechtigter Dritter auf Grund erlittener Verletzungen. Dies gilt nicht, falls Schäden auf grob fahrlässiges oder vorsätzliches Handeln der Veranstalter, Ausrichter oder Helfer zurückzuführen sind.

Im Falle einer Verhinderung oder Krankheit etc. besteht kein Anspruch auf Ersatz oder Rückerstattung.

Am Endes des Kurses erhält der Teilnehmer eine Bescheinigung, die er bei der Krankenkasse für eine anteilige Kostenübernahme der Krankenkasse einreichen kann.

Unterschrift

Telefonnummer
(Erreichbarkeit bei Kursabsage)

E-Mail

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung



von
Frau/Herrn

Name, Vorname

Anschrift

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **TheraFit Zentrum Aulendorf** meine Daten zur Pflege der Kontaktdaten und zur Übermittlung von Informationen zu Aktionen und Veranstaltungen vom TheraFit Zentrum Aulendorf erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehenden genannten erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und BDSG verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle eines Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

TheraFit Zentrum Aulendorf
Bachstr. 7
88326 Aulendorf

Ort, Datum

TheraFit Zentrum Aulendorf
Jürgen Melzer

Bachstr. 7

88326 Aulendorf

Tel.: 07525/911100

Fax.: 07525/9243257

E-Mail.: therafit.melzer@gmail.com