Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Nordic Walking 10 x

Ab Datum Kursbeginn: _____ Kurstag: Mittwoch Uhrzeit: 19.00 Uhr

im Hopferbacher Wald

Hiermit melde ich mich verbindlich zu oben genanntem Kurs an.

Die Kursgebühr in Höhe von 95,- € 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.

_____	_____	_____
Unterschrift	Telefonnummer (Erreichbarkeit bei Kursabsage)	E-Mail

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

Tel.: 07525/911100 Fax.: 07525/9243257 Mail.: therafit.melzer@gmail.com

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 Unterschrift