

# Anmeldung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

## Fit am Buggy 10x

Ab Datum Kursbeginn: \_\_\_\_\_ Kurstag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

bezahlt:

Veranstalter: TheraFit Zentrum Aulendorf, Bachstr. 7, 88326 Aulendorf

Veranstaltungsort: Zellerseeparkplatz in Bad Schussenried

100,-- € mit Krankenkassenbescheinigung / Neuanmeldung

92,-- € für fortlaufende Wiederanmeldung **ohne** Krankenkassenbescheinigung

Die Kursgebühr und die Kosten für die Handschuhe sind am ersten Kurstermin in bar fällig!

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Tel.)

\_\_\_\_\_  
(e-mail)

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.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## 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