Anmeldung für Mitarbeitende

Veranstaltung:

_____

Anrede FRAU HERR Geburtsdatum

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon/Handy

Notfallkontakt

E-Mail-Adresse

Vegetarische Kost JA NEIN Nicht zutreffendes bitte streichen!

Unverträglichkeiten und Krankheiten

CVJM-Ortsverein

CVJM-Card-Nr. (falls vorhanden)

Kommentar

(Abwesenheit , Workshop,
Besonderheiten etc.)

Mit der Abgabe bzw. dem Absenden dieses Formulars willige ich widerruflich ein, dass mich der CVJM-Kreisverband Siegerland telefonisch, per Post oder per E-Mail zum Zwecke der Koordination und Rechnungsstellung kontaktieren darf.
Des Weiteren willige ich in die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der individuellen Kommunikation mit mir und zur Koordination der Maßnahme ein. Diese Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung meines Anliegens bzw. für die Kontaktaufnahme und die damit verbundene technische Administration, sowie zur Koordination und Rechnungsstellung der Maßnahme gespeichert und verwendet. Meine Daten werden nach abschließender Bearbeitung der Maßnahme gelöscht, sofern ich dies wünsche und der Löschung keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Nähere Angaben finden sich in der Datenschutzerklärung des „CVJM-Kreisverband Siegerland e.V.“.

Ort, Datum Unterschrift (Unterschrift des Personensorgeberechtigten)