

Anmeldeformular zu den Aus-, Fort- oder Weiterbildungslehrgängen

1. PERSÖNLICHE DATEN	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Straße, Hausnr.		Telefon	
	PLZ, Ort		Mobil	
	E-Mail		Fax	
	Benötigen Sie vor Ort besondere organisatorische Maßnahmen? Wenn ja, welche? (Freiwillige Angabe)			

2. LEHRGANGSDATEN	Nr.		
	1		
	2		
Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Angaben gegenüber anderen Teilnehmern aus der von mir gemeldeten Aus-, Fort- oder Weiterbildung einverstanden. (Nennung auf der Teilnehmerliste) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bitte zutreffendes ankreuzen)			

Für den o.a. Lehrgang gelten folgende Zugangsvoraussetzungen, die als Kopie der Anmeldung beizufügen sind:
FÜL B – Lizenz Rehabilitationssport oder Teilnahmebescheinigung von Block 10 / P8 oder P 16 je nach Vorbildung

3. DATENSCHUTZERKLÄRUNG	Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zum o.g. Lehrgang an und bestätige, dass ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen , veröffentlicht unter www.behindertensport-bremen.de , einschließlich der Datenschutzbedingungen und der Einwilligungen gem. Art 6 SGVO (Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Übertragung meiner Daten durch den BSB an den DOSB und den DBS einschließlich der Lernplattform DBS-IP- System) des Lehrgangsanbieters gelesen und akzeptiert habe. Die Einwilligung ist Voraussetzung für die Lehrgangszusage.
	Datum, Unterschrift Teilnehmer/in:

4. RECHNUNGS- STELLUNG	Ich/wir bitte/n um Rechnungsstellung der Lehrgangsgebühren für o.a. Teilnehmer*in an folgende Adresse: (Sollte der Verein die Rechnungsadresse sein, so reicht das Ausfüllen von Punkt 5 aus!)
	Name: Straße, Nr.: PLZ, Ort:

5. BESTÄTIGUNG VEREIN	Vereinsname	
	Vereinsnummer	
	Landesverband	Vereinsstempel
	Der/Die oben angegebene Teilnehmer*in / Übungsleiter*in wird/ist Mitglied in unserem Verein. Der genannte Verein bittet um Rechnungsstellung: Datum, Unterschrift des Vereins (Berechtigter nach § 26 BGB):	
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

6. BESTÄTIGUNG LANDESVERBAND	NICHT VON DEM/DER TEILNEHMER/IN ODER VEREIN AUSZUFÜLLEN
	Hiermit wird bestätigt, dass der unter (5) genannte Verein Mitglied in unserem Landesverband ist. Datum, Stempel, Unterschrift des Landesverbandes: