

Anmeldeformular zu den Aus-, Fort- oder Weiterbildungslehrgängen

1. PERSÖNLICHE DATEN	Name, Vorname		Geburtsdatum	
	Straße, Hausnr.		Telefon	
	PLZ, Ort		Mobil	
	E-Mail		Fax	

2. LEHRGANGSDATEN	Nr.	Lehrgangsnummer	Lehrgangsbezeichnung
	1	BRE 2023 – F -007	Faszien & Pilates für Osteoporose Betroffene 14.10.2023 LE 8 Zielgruppe: Orthopädie
		Lehrgangsgebühr:	BSB / DBS Mitglieder: 180.€ / Nichtmitglieder: 240.€
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)			

3. DATENSCHUTZERKLÄRUNG	<p>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.</p>
	<p>Datum, Unterschrift Teilnehmer/in:</p>

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