SEMINARANMELDUNG

DaSein
HOSPIZDIENST • PALLIATIVE CARE

Vorname .....

Name .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Telefon (freiwillig) .....

E-Mail .....

Ich melde mich für folgende Seminare an:

Name des Seminars	Datum	Gebühr
Name des Seminars	Datum	Gebühr
Name des Seminars	Datum	Gebühr

☐ Ich habe am ..... € ..... auf das Konto

IBAN: DE52 7015 0000 0065 1330 84, BIC: SSKMDEMM bei der Stadtsparkasse München überwiesen.

Kennwort: Seminarname/Datum/Name Teilnehmende/r

☐ Die Stornierungs- und Rücktrittsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, in unregelmäßigen Abständen per E-Mail Veranstaltungshinweise von DaSein e.V. zu erhalten.

Einwilligung

Mit der Seminaranmeldung erteile ich meine Einwilligung zur Erhebung, Nutzung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Detaillierte Informationen auf www.hospiz-da-sein.de/datenschutz sind mir bekannt.

....

Ort, Datum Unterschrift

Auf welchem Weg haben Sie von uns erfahren?

☐ Empfehlung

☐ Internet

☐ Freiwilligenagentur ..... (bitte angeben)

☐ Andere Medien ..... (bitte angeben)

☐ Sonstiges ..... (bitte angeben)