

Vielen Dank, dass Sie sich für eines unserer Angebote entschieden haben!



Um Ihre Anmeldung zu vereinfachen, senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular an die Landesgeschäftsstelle in Wiesbaden oder, falls Ihre ausgewählte Veranstaltung unseren RotkreuzCampus in Kronberg betrifft, direkt dorthin. Danke!

Landesverband Hessen e.V.

Kontaktdaten:

Kontaktdaten:

► **Entsendende Stelle**

E-Mail: bildung@drk-hessen.de **Fax:** 0611 / 79 09 97 100

(z. B. Arbeitgeber, DRK-Kreisverband)*:

Ansprechpartner der entsendenden Stelle:

Bezeichnung: _____

Name: _____

Straße: _____

Telefon: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

* falls zutreffend

Teilnehmerdaten

Nachname: _____

Mobil: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

E-Mail: _____

PLZ / Ort: _____

Führerschein: ja nein

Telefon: _____

Veranstaltungsdaten für den Bereich _____

(bitte ausfüllen)

Titel: _____

Termin von: _____ bis: _____

Nummer: _____

Datum der Ausweichveranstaltung: _____

Vortagsanreise: _____

ja nein

Übernachtung und Vollverpflegung: _____

ja nein

Nur Übernachtung ohne Vollverpflegung: _____

ja nein

Nur Vollverpflegung ohne Übernachtung: _____

ja nein

Sonstige Kostform: _____

Allergien: _____

Teilnahmebestätigung und Kostenübernahme (falls kostenpflichtig)

Die gemäß Veranstaltungsausschreibung ausgewiesenen Teilnahmegebühren werden übernommen von/vom:

Teilnehmer entsendenden Stelle Sonstige: _____

Die zu berechnenden Kosten bzw. Ausfallkosten bei kurzfristiger Absage bzw. unentschuldigtem Fehlen werden gemäß Lehrgangs-Ausschreibung durch den Kostenträger mit Unterschrift uneingeschränkt akzeptiert.

Ich / wir bestätige(n), dass der o.a. Teilnehmer:

- die in der jeweiligen Veranstaltungsausschreibung als obligatorisch vorgegebenen Teilnahmevoraussetzungen bei Veranstaltungsbeginn erfüllt. Folgende Teilnahmebescheinigungen sind, sofern gemäß Ausschreibung erforderlich, als Kopie dieser Anmeldung beigefügt: _____
- für die o.g. Bildungsveranstaltung geeignet ist.
- die Anmeldebedingungen für die jeweilige Veranstaltung gelesen hat und akzeptiert.

Der Kostenträger verpflichtet sich, die Veranstaltungskosten in Höhe von _____ € zu tragen.

Teilnehmer: Datum: _____ Name in BLOCKSCHRIFT: _____ Unterschrift: _____

Kostenträger: Datum: _____ Name in BLOCKSCHRIFT: _____ Unterschrift: _____

Entsendende

DRK-Stelle: Datum: _____ Name in BLOCKSCHRIFT: _____ Unterschrift: _____

Datenschutzerklärung: Ich bin darüber informiert, dass der DRK-Landesverband Hessen e.V. meine o. a. Personaldaten zum Zwecke der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung erhebt, verarbeitet und über sein Seminarprogramm informiert. Soweit angegeben, bin ich mit der Nutzung meiner Telefon-/Handynummer und/oder E-Mail zur Kontaktaufnahme einverstanden. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz habe ich jederzeit das Recht auf Auskunft, Berechtigung, Löschung oder Sperrung meiner Daten.

Datum: _____ Name in BLOCKSCHRIFT: _____ Unterschrift: _____

Einverständniserklärung (bei minderjährigen Teilnehmern): Ich bin Personensorgeberechtigte/r der Teilnehmerin/ des Teilnehmers und einverstanden mit der Teilnahme an oben genannter Veranstaltung. Ich akzeptiere, dass der/die TN bei schwerwiegenden Verstößen gegen die Disziplin (z.B. Alkoholkonsum, Rauchen, Gewalttätigkeiten) oder gegen die Anweisungen der Aufsichtspersonen von der Veranstaltung ausgeschlossen wird und unverzüglich abgeholt werden muss.

Datum: _____ Name in BLOCKSCHRIFT: _____ Unterschrift des Personenberechtigten: _____