

**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 Lehrgangsausschreibung durch den Kostenträger mit Unterschrift uneingeschränkt akzeptiert.

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

- 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 [Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Bildungsveranstaltungen](#) gelesen hat und akzeptiert.

**Der Kostenträger verpflichtet sich, die Veranstaltungskosten in Höhe von Euro \_\_\_\_\_ zu tragen.**

**Teilnehmer:** Datum: \_\_\_\_\_ Name in BLOCKSCHRIFT: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Kostenträger:** Datum: \_\_\_\_\_ Name in BLOCKSCHRIFT: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Entsendende**

**DRK-Stelle:** Datum: \_\_\_\_\_ Name in BLOCKSCHRIFT: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Datenschutzerklärung:

Ich habe die [Datenschutzerklärung](#) gelesen und erkläre mich mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Name in BLOCKSCHRIFT: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung (bei minderjährigen Teilnehmern):** Ich/Wir bin/sind Personensorgeberechtigte/r der Teilnehmerin/ des Teilnehmers und einverstanden mit der Teilnahme an oben genannter Veranstaltung sowie mit der Verarbeitung seiner/ihrer Daten. Ich/Wir akzeptiere/n, 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/der Personensorgeberechtigten: \_\_\_\_\_