

GEBURTSHAUS UND HEBAMMENPRAXIS LÜBECK

RATZEBURGER ALLEE 89 • 23562 LÜBECK • Tel.: 0451/ 3 61 29 • Fax: 0451 / 5 82 35 48

www.hebammenpraxis-luebeck.de

Anmeldung zum Rückbildung und Yoga Nidra

Der Kurs dauert vom _____ bis zum _____

in der Zeit von _____ bis _____

Hebamme/Kursleiterin Doreen Grimm

Name _____

Vorname _____ Geb.datum _____

zusätzliche Kursgebühren 40,00 €

Anschrift _____

Telefon _____

ggf. E-Mail _____

Geburtstag Kind _____

Krankenkasse (Name + Nr.) _____

Versicherungs-Nr. der Mutter _____

Status/ Gültigkeit _____

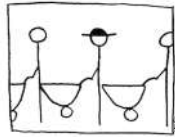
Hiermit melde ich mich **verbindlich** zum oben genannten Kurs an. Die **einmalige** Verwaltungsgebühr in Höhe von **25.00 Euro**, sowie die **zusätzliche Kursgebühr** in Höhe von **40,00 Euro**, überweise ich **unter Angabe der Kursdaten** auf das **unten** angegebene Konto. Eine Teilnahme ohne Baby ist wünschenswert. Ich erkläre mich einverstanden, dass das Geburtshaus über HebRech Data abrechnet.

Eine Kündigung der Anmeldung ist bis **14 Tage** vor Kursbeginn schriftlich möglich, danach sind Sie zur Zahlung des Kurses verpflichtet und erhalten von der Hebamme eine Rechnung.

Bitte bringen Sie ihre Versicherungskarte, ein großes Handtuch und Socken mit.

Lübeck, den _____

Unterschrift



GEBURTSHAUS UND HEBAMMENPRAXIS LÜBECK

RATZEBURGER ALLEE 89 • 23562 LÜBECK • Tel.: 0451 / 3 61 29 • Fax: 0451 / 5 82 35 48

www.hebammenpraxis-luebeck.de

Informationen zum Datenschutz / Zustimmung zur Datenverarbeitung

Ab dem 25.05.18 gilt die EU-Datenschutzgrundverordnung.

Im Zuge dessen benötigen wir eine ausdrückliche Zustimmung von Ihnen, dass wir Ihre Daten verarbeiten bzw. verwenden dürfen.

Personenbezogene Daten und deren Verwendung

Mit der Anmeldung für unsere Kurse geben Sie uns Ihr Geburtsdatum, Ihre E-Mail Adresse, Ihre Telefonnummer und Ihre Adresse bekannt.

Ihre Daten werden nur von uns verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Ihre Rechte

Sie haben das Recht eine sofortige Auskunft über die erhobenen Daten zu verlangen.

Sie haben das Recht die Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten zu veranlassen.

Einwilligungserklärung

Ich stimme der Datenverarbeitung zu den oben genannten Bedingungen zu.

Ort, Datum _____

Name (Blockbuchstaben) _____

Unterschrift _____