

## GEBURTSHAUS UND HEBAMMENPRAXIS LÜBECK

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

[www.hebammenpraxis-luebeck.de](http://www.hebammenpraxis-luebeck.de)

---

### Anmeldebogen Yoga nach der Rückbildung

Der Kurs dauert vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

in der Zeit von 19:30 bis 20:30

Hebamme Doreen Grimm

Kursgebühr 144.00 €

Name, Vorname,  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

ggf. E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtstag des Kindes \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Name + Nr.) \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Status/Gültigkeit \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zum oben genannten Kurs an. Die **144.00 Euro Kursgebühr** überweise ich unter Angabe der Kursdaten auf das unten angegebene Konto. Versäumte Stunden werden **nicht von der Krankenkasse getragen** und privat in Rechnung gestellt.

Ich erkläre mich einverstanden, dass das Geburtshaus über HebRech Data abrechnet.

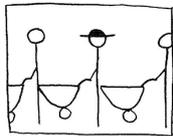
Eine Kündigung der Anmeldung ist bis **14 Tage** vor Kursbeginn schriftlich möglich, danach sind Sie zur Zahlung des Kurses verpflichtet und erhalten vom Geburtshaus eine Rechnung.

Die AGB's habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Bringen Sie warme Socken, bequeme Kleidung, ein großes Badehandtuch!**

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](http://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 \_\_\_\_\_