

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 Kurs Yoga für Schwangere

Der Kurs dauert vom _____ bis zum _____

in der Zeit von _____ 17.30 Uhr bis _____ 18.30 Uhr _____

Hebamme/Kursleiterin _____ Amrit Bläse _____

Name _____

Vorname _____ Geb.datum _____

Name des Partners _____

Anschrift _____

Telefon _____

ggf. E-Mail _____

errechneter Geburtstermin _____

Krankenkasse (Name + Nr.) _____

Versicherungs-Nr. der Schwangeren _____

Status/ Gültigkeit _____

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zum oben genannten Kurs an. Die **einmalige** Anmeldegebühr in Höhe von 25.00 Euro überweise ich auf das **unten** angegebene Konto unter Angabe der Kursdaten.

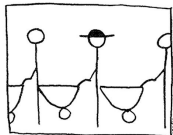
Da der Kurs nicht von allen Kassen bezahlt wird, bringen Sie bitte die Kursgebühr von **100,00€** bei Kursbeginn mit.

Eine Kündigung der Anmeldung ist bis **14 Tage** vor Kursbeginn schriftlich möglich.

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_____