Anmeldeformular zu Aus- oder Fortbildungslehrgängen 2019
Anmeldungen an: BRS Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Saarland e.V.
Nebenstelle – Frau Sonnenschein – Postfach 2203 – 66722 Saarlouis
Tel.: 0681/3879-444 – Fax: 0681/3879-309 – E-Mail: sonnenschein@brs-saarland.de

Bitte achten Sie, dass das Anmeldeformular nur bearbeitet werden kann, wenn es vollständig und lesbar ausgefüllt ist!

Persönliche Daten

Frau ☐ Herr ☐ Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

PLZ / Ort: _____

Straße /Nr. _____

Telefon / Mobil-Nr._____ E-Mail _____

Vorqualifikation - ja ☐ **Bitte Qualifikationsnachweise zwecks Prüfung und Anerkennung mit der Anmeldung übersenden**

nein ☐

Liegt eine Behinderung vor?

ja ☐ welche Hilfsmittel werden benötigt_____ nein ☐

Lehrgangsdaten

Ich melde mich zu folgenden Lehrgängen verbindlich an

Nr.	Lehrgangs-Nr.	Lehrgangsbezeichnung
1		
2		

Nach einer Anmeldung erhält der Teilnehmer eine Anmeldebestätigung, der Rechnungsempfänger die zu begleichende Rechnung

Rechnung

Rechnungserstellung an: bitte die genauen Daten angeben!

Teilnehmername oder Name der Einrichtung		Stempel
Straße / Nr.		
PLZ / Ort		
Tel. / E-Mail		

Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zum o.g. Lehrgang an und bestätige, dass ich die Allgemeine Geschäftsbedingungen, veröffentlicht unter www.brs-saarland.de (Aus- und Fortbildungen) einschließlich der Datenschutzbedingungen und der Einwilligungen gem. Art 6 DSGVO (Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Übertragung meiner Daten durch den BRS an den DOSB und den DBS einschließlich der Lernplattform DBS-IP-System) des Lehrgangsanbieters gelesen und akzeptiert habe.

Die Einwilligung ist die Voraussetzung für Teilnahme an den Lehrgängen des BRS Saarland e.V.

Datum _____ Unterschrift(Teilnehmer) _____

Verein

Bestätigung

Der oben genannte Teilnehmer/Übungsleiter wird/ist für unseren Verein tätig. Vereins/Nr.:_____

Anschrift: _____

Datum _____ Unterschrift/ Stempel (Mitgliedsverein)_____

Landesverband

Bestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass der o.g. Verein Mitglied in unserem Landesverband ist.

Datum _____ Unterschrift/Stempel (DBS Landesverband) _____