

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

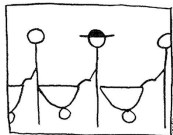
Der Kurs dauert vom _____ bis zum _____
in der Zeit von _____ 17:30 _____ bis _____ 18:30 _____
Hebamme/Kursleiterin _____ Dörte Bläse _____
Name _____
Vorname _____ Geb.datum _____
Kursgebühr _____ 140,00 € _____
Anschrift _____
Telefon _____
E-Mail _____
errechneter Geburtstermin _____

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zum oben genannten Kurs an. Versäumte Stunden **dürfen nicht** mit der Kasse abgerechnet werden und müssen von der Teilnehmerin **selbst entrichtet werden**. Da die Kursstunden aufeinander aufbauen, ist es nicht möglich, eine Teilnehmerin während des laufenden Kurses durch eine andere zu ersetzen. Die **Kursgebühr von 140.00 Euro** überweise ich auf das unten angegebene Konto unter Angabe der Kursdaten. Den **Nachweis** ihrer Überweisung bringen Sie bitte zum **ersten Kurstermin** mit. 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 ein großes Handtuch, bequeme Kleidung und warme 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_____