

☒ **Kneipp-Bund Landesverband Bayern e.V.**
Geschäftsstelle / Bezuschussung A&W
 Hohenlindener Straße 1
 81677 München

FAX 089 - 56 85 88
 eMail: info@kneipp-lv-bayern.de
 Tel. 089 - 56 85 07

Datum:

Bitte beachten Sie:

Zur Bearbeitung von Anträgen zur Lizenzverlängerung benötigen wir **eine Kopie des Zertifikates der Grundausbildung**. Bitte dem Antrag beifügen. Die Einverständniserklärung muss vom Teilnehmer persönlich unterzeichnet werden!

Bitte füllen Sie zusammen mit dem Antrag auch die Einwilligungserklärung aus. Ohne Ihre unterschriebene Einwilligung können wir Ihre Anträge aufgrund der DS-GVO vom 25.05.2018 nicht bearbeiten! Bitte beachten Sie zudem die aktuellen Richtlinien zu den Bezuschussungen vom 01.06.2020.

<p>Kneipp-Verein</p> <p>Seminar / Lehrgang an der SKA</p> <hr/> <p>Titel des Seminars / Lehrganges</p> <p>Seminar-Nummer: _____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Anzahl der Lerneinheiten _____ LE</p> <p>Gesamtkosten: _____ €</p> <hr/> <p>Bestätigung Kneipp-Verein Der Kneipp-Verein bestätigt hiermit, dass der Antragsteller im Kneipp-Verein Mitglied ist und als Übungsleiter tätig ist / tätig sein wird.</p> <p>Kneipp-Verein: _____</p> <hr/> <p>Kontodaten Kneipp-Verein</p> <p>Bank _____</p> <p>IBAN _____</p> <p>BIC _____</p> <hr/> <p>Datum, Stempel</p> <p>Unterschrift 1. Vorsitzende/r des Kneipp-Vereins</p>	<p>Teilnehmer/in</p> <p>Persönliche Daten</p> <hr/> <p>Vorname / Nachname</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ / Wohnort</p> <hr/> <p>Telefon _____ E-Mail _____</p> <hr/> <p>Geburtsdatum</p> <hr/> <p>Mitglied im Kneipp-Verein seit</p> <hr/> <p>Amt im Kneipp-Verein</p> <hr/> <p>Einverständniserklärung Teilnehmer/in Wenn ich die finanzielle Unterstützung des Kneipp-Vereins und des Kneipp-Bund LV Bayern für das o.g. Seminar in Anspruch nehme, ist es für mich selbstverständlich, dort nach der Ausbildung auf freiwilliger Basis, im Sinne des Kneipp-Bundes e.V., zur Förderung der allgemeinen Gesundheit im o.g. Fachbereich Übungsleiterstunden dauerhaft (für eine Mindestdauer von 24 Monaten) anzubieten.</p> <hr/> <p>Datum</p> <p>Unterschrift Teilnehmer/in</p>
---	---



Bitte **zusammen mit dem Antrag per Post** zuschicken an:

✉ Kneipp-Bund Landesverband Bayern e.V.
Hohenlindener Straße 1
81677 München
Tel. 089 - 56 85 07
Fax 089 - 56 85 88
eMail info@kneipp-lv-bayern.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen wir Ihre Daten nicht einfach ohne Ihre explizite Einwilligung speichern und verbandsintern verarbeiten. Der Kneipp-Bund Landesverband Bayern e.V. benötigt Ihre Einwilligung dazu, damit wir Ihre Daten sowie die Bankverbindung erheben, speichern und nutzen dürfen. Die Daten werden ausschließlich dazu verwendet, um Sie in allen Angelegenheiten, die dem Verbandszweck dienen, optimal und umfassend zu informieren, zu beraten und zu betreuen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Name und Vorname: _____

Kneipp-Verein: _____

Hiermit stimme/n ich/wir zu, dass die freiwillig angegebenen Daten zu den vorgesehenen verbandsinternen Zwecken verarbeitet und beim Kneipp-Bund Landesverband Bayern e.V. gespeichert werden dürfen. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Ich/Wir können sie jederzeit widerrufen. Dies kann schriftlich per eMail oder Post erfolgen.

Ich/Wir wurde/n auf einen Informationstext zum Datenschutz hingewiesen, der auf der Homepage des Kneipp-Bund Landesverbandes Bayern e.V. unter der Rubrik „Datenschutz“ (www.kneipp-lv-bayern.de) nachzulesen ist. Dazu darf ich/dürfen wir Fragen stellen zum Umfang und Art der gespeicherten Daten, zur Datenverarbeitung und zu den Möglichkeiten eines Widerspruchs und dessen Folgen.

Unterschrift & Stempel:

Datum:

1. Vorsitzende/r des Kneipp-Vereins

Unterschrift SKA Teilnehmer/in