

An den

BRS Hamburg Schäferkampsallee 1, 20357 Hamburg, Fax: 040 / 41 908 - 158

Lehrgangstitel (Block/Profil) und Lehrgangsdatum (Pflichtfeld)	
Lehrgangstitel (Block/Profil) und Lehrgangsdatum (Pflichtfeld)	
Lehrgangstitel (Block/Profil) und Datum Lehrgangsdatum (Pflichtfeld)	
Name / Vorname	Straße / PLZ / Ort
Anrede	Private E-Mail (Pflichtfeld)
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	
Geburtsdatum (Pflichtfeld)	Erreichbar unter (Privates Telefon / Handy) (Pflichtfeld)
Sofern eine Behinderung vorliegt (Rollstuhl, Gehwagen, Prothese, Sehschwäche o.Ä.), geben Sie uns diese bitte an, damit wir bei der Durchführung der Lehrgänge darauf Rücksicht nehmen können. Evtl. vorhandene Behinderung:	
Beruf / Lizenzen / weitere Qualifikationen (Pflichtfeld)	
Ich leite Sportgruppen an (keine Voraussetzung) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in folgenden Bereichen:	
Zutreffendes bitte unbedingt ankreuzen/angeben (Pflichtfeld):	
1) Ich möchte oben genannte/n Lehrgang/gänge besuchen, um die folgende/n Lizenz/en zu erwerben:	
.....	
a) Für meine derzeitige <input type="checkbox"/> und /oder künftige <input type="checkbox"/> <u>hauptberufliche</u> Tätigkeit <input type="checkbox"/>	
b) Für meine derzeitige <input type="checkbox"/> und /oder künftige <input type="checkbox"/> <u>nebenberufliche</u> Tätigkeit <input type="checkbox"/>	
2) Ich nehme als Interessierte/r teil <input type="checkbox"/>	
3) Ich möchte oben genannten Lehrgang besuchen, um die Lizenz verlängern zu lassen <input type="checkbox"/>	
Lizenzprofil:	Die Lizenz ist noch gültig bis:
Vereinsanschrift (Name / Kontaktperson / Straße / PLZ / Ort / Tel. / Fax)	
Die Lehrgangsgebühr von _____ € <input type="checkbox"/> zahle ich selbst <input type="checkbox"/> zahlt mein Verein/Arbeitgeber	
Sie ist vor Lehrgangsbeginn zu überweisen: Haspa IBAN: DE45 2005 0550 1238 1940 37 - Bitte geben Sie dabei die Lehrgangsbezeichnung an.	
Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Ausbildungs- und Lehrgangsbestimmungen des BRS Hamburg an, die ich dem Lehrgangsplan entnommen habe und bestätige, dass ich alle ausgeschriebenen bzw. verbindlich vereinbarten Termine der Lehrgänge wahrnehmen werde. Des Weiteren erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einverstanden und bestätige die Datenschutzerklärung / "Erläuterungen zum Datenschutz" des BRSH zur Kenntnis genommen zu haben, die darüber informiert, welche personenbezogenen Daten der Verband zu welchen Zwecken speichert und verarbeitet. Die auf Seite 4 genannten „Erläuterungen zum Datenschutz“ beinhalten auch die „Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person“ gemäß Artikel 13 DSGVO. Nach Artikel 6, Abs. 1, lit. b) DSGVO ist die Verarbeitung personenbezogener Daten rechtmäßig, wenn diese für die Erfüllung eines Vertragsverhältnisses – hier: Lizenzierung als Übungsleiter*in B Sport in der Rehabilitation - erforderlich sind.	
_____ Datum / Unterschrift Lizenzanwärter*in / -inhaber*in	_____ Datum / Stempel / Unterschrift des Vereins