

Anmeldung zur KobV AKADEMIE

Hiermit melde ich mich für folgendes Ausbildungsmodul an:

Kursbezeichnung

Datum

Herr Frau

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Bezirks-/Ortsgruppe/Selbsthilfegruppe

Derzeitige Funktion

Seit wann FunktionärIn (Jahr)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Quartier wird benötigt: Einbettzimmer Doppelzimmer / mit wem

Körperliche Beeinträchtigung: starke Gehbehinderung RollstuhlfahrerIn

Sehbehinderung Hörbehinderung sonstiges

Gebärdendolmetsch Begleitperson Diät / Bitte nähere Diätwünsche

bekanntgeben (z.B. laktosefrei, Reduktionskost, Diabetes etc.):

Anreise am Tag vor Kursbeginn gewünscht

Mit der freiwilligen Angabe von Gesundheitsdaten/besonderen Kategorien von Daten willigen Sie ausdrücklich in die Verarbeitung dieser Daten für Zwecke der Organisation und Abwicklung des Kurses durch den KOBV ein. Sie können diese Zustimmung jederzeit widerrufen per E-Mail an kobv@kobv.at .

Datum, Ort

Unterschrift