



Anmeldung zum Wochenend-Seminar „Morbus Crohn & Colitis ulcerosa“

DCCV e.V.
z. Hd. T. Mackrodt
Inselstr. 1
10179 Berlin

E-Mail: tmackrodt@dccv.de
Fax-Nr.: 030 / 2000392-87
Tel-Nr.: 030 / 2000392-52

Ich möchte mich zum Wochenend-Seminar „Morbus Crohn & Colitis ulcerosa“ in _____ verbindlich anmelden. Die Teilnahmegebühr beträgt 30,00 € für Mitglieder und 50,00 € für Nicht-Mitglieder*.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Mitgliedsnummer: _____

(falls vorhanden)

Ich habe folgende Erkrankung (bitte ankreuzen): Morbus Crohn Colitis ulcerosa

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Datenschutzerklärung

Verantwortlicher im Sinne der DSGVO ist die Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung - DCCV - e.V., Inselstraße 1, 10179 Berlin; Tel.: 030 2000 392 0; E-Mail: info@dccv.de.

Die in diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten sind notwendig für die Organisation des Wochenendseminars und werden nach Ablauf der gesetzlich vorgegebenen Fristen gelöscht.

Sie haben das Recht auf Auskunft über die gespeicherten personenbezogenen Daten, auf Berichtigung oder Löschung oder Einschränkung der Bearbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Es besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde.

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

* Der Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft in der DCCV beträgt 60,00 €; eine Ermäßigung bei geringem Einkommen ist möglich.