



Anmeldung

zum Wochenend-Seminar „Morbus Crohn & Colitis ulcerosa“

DCCV e.V.
z.Hd. K. Abel
Inselstr. 1
10179 Berlin

E-Mail: kabel@dccv.de oder info@dccv.de
Fax: 030 – 2000 392 87
Telefon: 030 – 2000 392 0

Ich möchte mich hiermit zur Teilnahme am Wochenend-Seminar „Morbus Crohn & Colitis ulcerosa“
am _____ **mit** _____ und Kathrin Abel (DCCV e.V.) verbindlich
anmelden.

Der Teilnahmebeitrag beträgt 30,00 € für Mitglieder und 50,00 € für Nicht-Mitglieder.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

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 Seminars 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: _____
