

## Anmeldung zu einem Lehrgang bei

Marco Cappell GbR  
Weg 10 | 46569 Hünxe  
Telefon 0281 4609794

Gewünschter Lehrgang am

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erste Hilfe       | <input type="checkbox"/> Erste Hilfe Fortbildung | <input type="checkbox"/> Erste Hilfe Kindernotfälle |
| <input type="checkbox"/> Brandschutzhelfer | <input type="checkbox"/> Notfalltraining         | <input type="checkbox"/> Rettungsdienstfortbildung  |
| <input type="checkbox"/> BLS               | <input type="checkbox"/> ACLS                    | <input type="checkbox"/> PALS                       |

### Teilnehmerdaten

Name		Straße	
Vorname		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		E-Mail	
		Telefon	

Mit der Unterschrift melde ich mich verbindlich an. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

Mit der Unterschrift willige ich ein, dass die von mir angegebenen persönlichen Daten zum Zwecke der Abwicklung (Einladung, Rechnung) und der Dokumentation des Lehrganges erhoben und gespeichert werden. Darüberhinaus willige ich ein, dass bei Lehrgängen nach AHA-Konzept diese Daten zu Dokumentationszwecken zusätzlich an die American Heart Association mit Sitz in Dallas (Texas, USA) weitergegeben werden. (siehe Datenschutzbestimmung)

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

### Anderer Kostenträger

Firma		Straße	
Abteilung		PLZ/Ort	
Ansprechpartner		E-Mail	
		Telefon	

Mit der Unterschrift erklären wir die Kostenübernahme durch unser Unternehmen und bestätigen die Kenntnisnahme der Allgemeinen Geschäftsbedingungen

Ort/Datum	Unterschrift/Firmenstempel
-----------	----------------------------

Mit der Unterschrift erklären wir die Kenntnisnahme und Einwilligung der Datenschutzbestimmung.

Ort/Datum	Unterschrift/Firmenstempel
-----------	----------------------------