|  |
| --- |
| wwDRK-Logo_Kompakt_HKS_AI9Deutsches Rotes Kreuz  **Bitte an die folgende Nummer zurücksenden!**  **Fax: 0441 92179-618 oder**  **oliver.brinkhus@lv-oldenburg.drk.de**  **Die Lehrgangsbestätigung erfolgt an den Landesleiter WW, an den Teilnehmer und an den Kostenträger!**    Landesverband Oldenburg e. V.  Maria-von-Jever Str.2  26125 Oldenburg  - Wasserwacht - |

**Rückmeldebogen** - Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

**Entsendende Stelle: Ansprechpartner der entsendenden Stelle::**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teilnehmerdaten: .**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wohnort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

guter Gesundheitszustand: 🞎 ja 🞎 nein guter Trainingszustand: 🞎 ja 🞎 nein

Bootsausbildung: 🞎 ja 🞎 nein Gruppenführerausbildung: 🞎 ja 🞎 nein

DRSA Silber/Gold: 🞎 ja 🞎 nein SAN-Ausbildung 48 h: 🞎 ja 🞎 nein

Helfergrundausbildung: 🞎 ja 🞎 nein Sprechfunkausbildung: 🞎 ja 🞎 nein

**Veranstaltungsdaten Übernachtung und Verpflegung: .**

Titel der Veranstaltung: Übernachtung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 ja 🞎 nein

Veranstaltungsort: Verpflegung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 ja 🞎 nein

Termin / Datum: von \_\_\_\_\_\_\_bis \_\_\_\_\_\_\_\_ besondere Kostform? (Vegan Lactose Gluten)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teilnahmebestätigung und Kostenübernahme (Kostenträger): .**

Die gemäß Veranstaltungsausschreibung ausgewiesenen Teilnehmergebühren werden übernommen von/m:

🞎 KWL oder 🞎 Entsendende Stelle (KV/LV) oder 🞎 Teilnehmer (Privat)

Die zu berechnenden Ausfallkosten bei kurzfristiger Absage bzw. unentschuldigtem Fehlen werden durch den oben genannten Kostenträger uneingeschränkt akzeptiert.

Ich/wir bestätige(n), dass der o.a. Teilnehmer:

* die in der jeweiligen Veranstaltungsausschreibung als obligatorisch vorgegebenen Teilnahmevoraussetzungen bei Veranstaltungsbeginn erfüllt. Die entsprechenden Teilnahmebescheinigungen sind, sofern gemäß Ausschreibung erforderlich, in Kopie dieser Anmeldung beigefügt oder am 1. Lehrgangstag vorzulegen.
* für die Teilnahme an der o.g. Bildungsveranstaltung geeignet ist.
* damit einverstanden ist, dass der DRK Landesverband Oldenburg e.V. die o.a. Personendaten zum Zwecke der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung speichert, verarbeitet und über sein Seminarprogramm informiert.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/Ort Name in BLOCKSCHRIFT Unterschrift (Kostenträger!)