

**A) Bitte tragen Sie hier Ihre Kontaktdaten ein:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**Datenschutz**

*Ihre Kontaktdaten sind notwendig damit wir mit Ihnen bezüglich der Kursorganisation kommunizieren können. Ihre Daten werden entsprechend der geltenden EU-Datenschutzgrundverordnung sowie des Bundesdatenschutzgesetzes ausschließlich zum Zwecke Ihrer Kursverwaltung verarbeitet. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht.*

**B) Bitte tragen Sie hier Ihre Kursbuchung(en) ein:**

\_\_\_\_\_  
Kurs-Nr.

\_\_\_\_\_  
evtl. weitere Kurs-Nr.

\_\_\_\_\_  
evtl. weitere Kurs-Nr.

**C) Bitte ankreuzen:**

- Ich habe die AGB gelesen und akzeptiere diese.
- Ich nehme auf eigene Verantwortung am Gesundheitsprogramm teil und habe eventuelle Risiken mit meinem Arzt abgesprochen. Einer Teilnahme an den Gesundheitskursen ist möglich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in