



## Kursanmeldung

<input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Gruppe <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. (Bitte alle Tage an denen Sie können)		
<input type="checkbox"/> English Playgroup	<input type="checkbox"/> Japanische Mutter-Kind-Gruppe <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Do.	
<input type="checkbox"/> Musikgarten/-wiese <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Fr.	<input type="checkbox"/> Stubenrocker	<input type="checkbox"/> Waldspielgruppe
<input type="checkbox"/> Erste-Hilfe-Kurs <input type="checkbox"/> 05.06.19	<input type="checkbox"/> Latin dance aerobic <input type="checkbox"/> 19 Uhr <input type="checkbox"/> 20 Uhr	

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

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

- Ich bin einverstanden, dass die Daten zur internen Abwicklung gespeichert und verarbeitet werden
- Mit der Anmeldung erkenne ich die Teilnahmebedingungen und Gebühren gem. Programm an

### Bildmaterialnutzung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Fotos, auf denen ich oder meine minderjährigen Kinder im Auftrag der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. abgelichtet sind, in unveränderter oder veränderter Form (dies kann nur den Bildzuschnitt oder die Veränderung von Kontrast- und Helligkeitsstufen betreffen) zu Präsentationszwecken für die Nachbarschaftshilfe Haar e.V. genutzt werden können. Die Erklärung gilt unbefristet, auch über ein Beschäftigungs-, Vereinbarungs- oder Kundenverhältnis hinaus, bis zu einem schriftlichen Widerruf. Es besteht kein Haftungsanspruch (z.B. Missbrauch des Bildmaterials durch Dritte) gegenüber der Nachbarschaftshilfe Haar e.V.

Ich bestätige außerdem, dass keine Honoraransprüche aus der Verwendung der Fotos geltend gemacht werden, soweit sie im oben genannten Rahmen genutzt werden.

Auf Namensnennung in Verbindung mit den Bildern soll ausdrücklich verzichtet werden, für den Ausnahmefall ist aber hiermit eine Zustimmung erteilt

### Datenschutz

Die aufgeführten personenbezogenen Daten werden vom Familienzentrum der NBH Haar e.V. nur zum Zweck der Erfüllung des gegenseitigen Vereinbarungsverhältnisses und der Abwicklung der vereinbarten Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt. Die datenschutzrechtlichen Belange werden ohne Einschränkung gewährleistet. Eine Übermittlung an Dritte erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben des FAMS erforderlich ist. Meine Daten werden nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen gelöscht. Bei Fragen wenden Sie sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten Dr. Klaus-P. Wagner (Email: k.wagner@kpw-it.de).

→ \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## SEPA-Lastschriftmandat der Nachbarschaftshilfe Haar e.V.

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49NBH00000120628**

Mandatsreferenznummer (wird nachträglich separat eingetragen): **7 0 0 0 0 0** \_ \_ \_

Ich ermächtige die Nachbarschaftshilfe Haar e.V., Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

### Lastschriftmandat wird erteilt für folgende Leistung/en und folgende Person

Einmalige Leistung	Name, Vorname der Person
<input checked="" type="checkbox"/> Alle Leistungen der NBH Haar e.V.	

**Fälligkeitstermin** (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen):

Innerhalb von 10 Tagen ab Unterschriftsdatum

Erste Monatshälfte \_\_\_\_\_

Zweite Monatshälfte \_\_\_\_\_

Sonstiges Bei Fälligkeit der Gruppe/des Kurses

### Adressdaten der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Vorname und Name

Postleitzahl und Ort	Straße und Hausnummer

### Kreditinstitut und Bankverbindung der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

Name des Institutes	BIC des Institutes				
IBAN der/des Zahlungspflichtigen					

<b>Datum</b>	<b>Ort</b>	<b>Unterschrift Kontoinhaber/in</b>

Die aufgeführten personenbezogenen Daten werden von der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. nur zum Zweck der Erfüllung des gegenseitigen Vereinbarungsverhältnisses und der Abwicklung der vereinbarten Leistungen erhoben, verarbeitet und genutzt. Die datenschutzrechtlichen Belange werden ohne Einschränkung gewährleistet. Eine Übermittlung an Dritte erfolgt nur, wenn dies zur Erfüllung der Aufgaben der Nachbarschaftshilfe Haar e.V. erforderlich ist.