



-  316 ab S-Bhf Wannsee,  93 ab Hbf Potsdam
- Königstr. 36 B ■ D-14109 Berlin

Bitte an o. g. Adresse zurücksenden

Verantwortliche/r Fortbildungsreferent/in:

SEMINAR-NR:

BEMESSUNGSGRUNDLAGE FÜR KOOPERATIONSPARTNER/IN (3)

Kontaktperson:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift: Name Träger/Dienststelle:

Straße:

PLZ:

Ort:

Fax:

Handy:

EMAIL:

Anschrift: Privat (optional)

Straße:

PLZ:

Ort:

Fax:

Handy:

EMAIL:

Für die Richtigkeit der Angaben:

Datum/Unterschrift Verantwortl. Fortbildungsreferent/in

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Mit der Unterschrift geben Sie Ihre Einwilligung, dass die von Ihnen vorstehend erhobenen personenbezogenen Daten vom SFBB im Rahmen seines Fortbildungsauftrags verarbeitet und genutzt werden. Zugleich geben Sie Ihre Einwilligung zur Veröffentlichung Ihres Namens, Vornamens und Ihrer für die vertragliche Bindung als Dozent/in ausschlaggebenden beruflichen Abschlüsse, Verwendungen und sonstigen Qualifikationen im Jahresprogramm des SFBB (Druckversion), auf der Homepage des SFBB und im Rahmen veranstaltungsbezogener Werbemaßnahmen (z.B. auf Flyern).

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

(Datum/Unterschrift)