Schützenkreis Bad Kreuznach e.V.
55596 Waldböckelheim
Am Untertor 1

Teilnehmeranmeldung
Waffensachkunde mit Verantwortlicher Aufsicht

Name, Vornamen _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Wohnort: _____ _____

Straße _____ Haus Nr. _____

Verein: _____

Vereins Nr. PSSB: _____ Mitglied seit: _____

eMail / Telefon Nr. _____/_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der erfassten Daten, und stimme der Verarbeitung im Rahmen der Vereins- und Verbandsmitgliedschaft für die Dauer meiner Mitgliedschaft zu.

_____ _____
Ort Datum Unterschrift Teilnehmer

Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:
Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).
Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO)
Ansprechpartner: Schützenkreis Bad Kreuznach e.V. der jeweilige KOSM

Zur Zusendung von Informationen zur Fort- Weiterbildung im Bereich des Waffengesetzes und der damit verbundenen Verordnungen am meine o.g. E-Mail Adresse erkläre ich hiermit mein Einverständnis.

_____ _____
Ort Datum Unterschrift Teilnehmer