

ANGEHÖRIGEN-BESTÄTIGUNG

Persönliche Daten des Anspruchsberechtigten

Familienname

Vorname

Personalnummer

Telefon

Geburtsdatum



HINWEIS: Angehörige sind: PartnerIn (Ehe/Lebensgemeinschaft), eigene Kinder, Schwiegertochter/-sohn Ur-/Groß-/Eltern, Enkelkinder, Schwiegereltern, eigene Geschwister, Schwager/Schwägerin (EhepartnerIn der eigenen Geschwister), Nichte/Neffe (Kinder der eigenen Geschwister).

1

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

2

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

3

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

4

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

5

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

6

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

7

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

8

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

9

Familienname

Vorname

Verwandschaftsverhältnis

Geburtsdatum

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMÄSS DSGVO Bitte beachten Sie, dass ohne Ihre Einwilligungserklärung(en) keine Reservierung vorgenommen werden kann.

Ich bestätige, dass die oben angeführten Angehörigen von der Verwendung ihrer bzw. seiner personenbezogenen Daten (Anrede, Titel, Vorname, Nachname, Geburtsdatum) durch die gebuchte Einrichtung sowie den Verein post.sozial zur Abklärung der Identität der Reisebegleitung durch die gebuchte Einrichtung sowie zur Buchung von „fairreisen“ des Vereins post.sozial Kenntnis hat und ich deren Einverständnis eingeholt habe.

Ich bestätige, dass der gesetzliche Vertreter von Minderjährigen von der Verwendung ihrer bzw. seiner personenbezogenen Daten (Vorname, Nachname, Geburtsdatum) durch die gebuchte Einrichtung sowie den Verein post.sozial zur Abklärung der Identität des Minderjährigen durch die gebuchte Einrichtung sowie zur Buchung von „fairreisen“ des Vereins post.sozial für den Minderjährigen Kenntnis hat und ich deren Einverständnis eingeholt habe.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben in dieser Angehörigen-Bestätigung der Wahrheit entsprechen. Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben, zu Schadenersatzverpflichtungen und Sanktionen bis hin zum Verlust der Anspruchsberechtigung für alle Leistungen von post.sozial, führen können.

Ort, Datum

Unterschrift