

# 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 beachte, dass ohne deine 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 postsozial zur Abklärung der Identität der Reisebegleitung durch die gebuchte Einrichtung sowie zur Buchung von Reisen des Vereins postsozial 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 postsozial zur Abklärung der Identität des Minderjährigen durch die gebuchte Einrichtung sowie zur Buchung von Reisen des Vereins postsozial 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 postsozial, führen können.

Ort, Datum

Unterschrift