

Zurück an:

Tauchsportclub Lutra-Kraken e.V.
Postfach 2705
67615 Kaiserslautern



Bitte gut leserlich ausfüllen:

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

- Ich möchte eine Tauchversicherung bei aqua med (dive card basic) im Rahmen meiner Mitgliedschaft.**

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Weitergabe meiner Daten an aqua med zum Zwecke eines Abschlusses einer Tauchversicherung und der dort notwendigen Verarbeitung i.S.d. Abschlusses ein. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

- Ich möchte keine Tauchversicherung bei aqua med.**

Ich willige nicht in die Weitergabe meiner Daten an aqua med zum Zwecke eines Abschlusses einer Tauchversicherung ein. Mir ist bekannt, dass durch die Verweigerung meiner Einwilligung kein Versicherungsschutz über den Verein besteht.

Unterschrift

Datum