

# TEILNEHMER SELBSTAUSKUNFT UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG 2024



<b>Name:</b>	<b>Führerschein-Klassen:</b> <input type="checkbox"/> kein Führerschein vorhanden <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: B (3) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: BE (3) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: C1 (3) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: C1E (3) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: C (2) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: CE (2) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: D1 (2) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: D1E (2) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: D (2) <input type="checkbox"/> Führerscheinklasse: DE (2)	
<b>Vorname:</b>		
<b>Straße, Nr.</b>		
<b>PLZ, Ort</b>		
<b>Land</b>		
<b>Telefonnummer</b>		
<b>Handynummer</b>		
<b>E-Mail-Adresse:</b>	<b>Achtung:</b> Zusammen mit diesem Formular eine Kopie von Führerschein und Ausweis (jeweils Vorder-/Rückseite) mit einschicken!	
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Welche Sprachen sprechen Sie:</b> <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> rumänisch <input type="checkbox"/> englisch <input type="checkbox"/> ungarisch <input type="checkbox"/> andere	
<b>Geburtsort:</b>		
<b>Nationalität:</b>		
<b>Notfallkontakt (Name / Handy):</b>		
<b>Raucher:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Vegetarier:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Veganer:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Müssen Sie regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Leiden Sie an Erkrankungen die regelmäßig ärztlichen Kontakt / Aufsicht benötigt?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Leiden Sie an einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen:</b> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Epilepsie (Krampfanfälle) <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/> Tuberkulose (TBC) <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Medikamente) <input type="checkbox"/> Andere chronische Krankheiten	<b>Nehmen Sie Drogen? (Hasch, LSD, Speed, Morphin oder andere)</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	<b>Leiden Sie an einer Allergie gegen ein oder mehrere Lebensmittel?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche: _____	
<b>Unterbringung im Hotel:</b> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer (450,00 € p. P.) <input type="checkbox"/> Doppelzimmer (330,00 € p. P.) Wunsch-Zimmerpartner bei DZ: _____	<b>Konvoi-Jacke wird benötigt?</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Größe S <input type="checkbox"/> Größe XL <input type="checkbox"/> Größe M <input type="checkbox"/> Größe XXL <input type="checkbox"/> Größe L <input type="checkbox"/> Größe XXXL Kosten pro Jacke 50,00 € sind bei Anmeldung zu zahlen. Neumitglieder erhalten die Jacke kostenfrei.	
<b>Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen:</b>		

**Unkosten bitte auf folgendes Konto überweisen:**

Kontoinhaber: Hinsehen und Helfen e.V., Raffeisenbank Main-Spessart eG  
 IBAN: DE93 7906 9150 0009 6074 12, BIC: GENODEF1GEM, Betreff: Spende Nikolauskonvoi

# TEILNEHMER SELBSTAUSKUNFT UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG 2024



Ich bin bereits Mitglied bei Hinsehen und Helfen e.V.  JA  NEIN

Falls NEIN bitte separaten Mitgliedantrag ausfüllen (Beitrittserklärung).

**Bitte beachten:** Aus organisatorischen und versicherungstechnischen Gründen können ausschließlich ordentliche Mitglieder von Hinsehen und Helfen e.V. am Nikolauskonvoi teilnehmen. Ohne gültige Mitgliedschaft ist eine Teilnahme ausgeschlossen!

## ERKLÄRUNG ZUR NUTZUNG VON BILD- UND TONAUFNAHMEN

*Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Erstellung von Bild- und Tonaufnahmen meiner Personen im Rahmen der Durchführung und der Vorbereitung des Nikolauskonvoi 2024 im Zeitraum vom 29.11.2024 bis einschließlich 07.12.2024 durch Personen von Hinsehen und Helfen e.V. oder durch von Hinsehen und Helfen e.V. beauftragte Personen sowie zur Verwendung und Veröffentlichung solcher Aufnahmen zum Zwecke der öffentlichen Berichterstattung über den Nikolauskonvoi 2024 in allen Medien. Ich verzichte hiermit auf alle Rechte an Bild- und Tonaufnahmen meiner Person im genannten Zeitraum die in Zusammenhang mit der Planung, Vorbereitung und Durchführung des Nikolauskonvoi stehen. Ebenso erkläre ich mein Einverständnis darüber, alle während der Planung, Vorbereitung und Durchführung des Nikolauskonvoi in diesem Zusammenhang von mir angefertigten Bild- und Tonaufnahmen Hinsehen und Helfen e.V. zur Verfügung zu stellen und auf die Rechte an ebendiesen Bild- und Tonaufnahmen zu verzichten.*

## HAFTUNGSAUSSCHUSS / VERSICHERUNG

*Mir ist bekannt, dass Hinsehen und Helfen e.V. während des Nikolauskonvoi 2024 keine Haftung für Personen- oder Sachschäden jeder Art übernimmt. Jede Haftung und Geltendmachung von Ansprüchen sind ausgeschlossen. Mitglieder von Hinsehen und Helfen e.V. sind durch die Vereins-Haftpflichtversicherung für verursachte Schäden geschützt. Die Teilnahme erfolgt grundsätzlich auf eigenes Risiko! Allen Teilnehmern wird empfohlen eine private Unfallversicherung sowie eine Auslandskrankenversicherung abzuschließen.*

## DATENSCHUTZ

*Hinsehen und Helfen e.V. wird die erhobenen Daten gem. DSGVO nur zum Zwecke der Durchführung von Projekten im Sinne des Vereinszweckes oder zur Vereinsverwaltung verwenden. Jede darüberhinausgehende Nutzung ist ausgeschlossen. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und sind nur Personen des Vorstandes von Hinsehen und Helfen e.V. zugänglich die diese zur Erfüllung ihrer Pflichten benötigen. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Nutzung meiner Daten.*

***Ich versichere, dass ich alle Angaben in diesem Anmeldeformular nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.***

***Weiter versichere ich die Erklärungen zur Nutzung von Bild- und Tonaufnahmen, zum Haftungsausschluss / Versicherung und zum Datenschutz gelesen und verstanden zu haben und erkläre jeweils mein Einverständnis hierzu.***

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit trete ich „Hinsehen und Helfen e.V.“ als  ordentliches /  förderndes Mitglied bei.

Name:	
Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort	
Geburtsdatum:	
Telefon / Handy:	
Email-Adresse:	

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

### **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich „Hinsehen und Helfen e.V.“, den jeweils fälligen Jahresbeitrag (aktuell 60,00 Euro) von meinem folgenden Bankkonto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

IBAN:	
BIC:	

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

### **Förderbeitrag (nur bei Fördermitgliedern)**

Ich unterstütze Hinsehen und Helfen e.V., abweichend zum regulären Mitgliedsbeitrag, mit einem Förderbeitrag von:

\_\_\_\_\_ € jährlich oder \_\_\_\_\_ € monatlich.

Der Förderbeitrag wird entsprechend jährlich / monatlich von meinem oben genannten Bankkonto eingezogen.

Ort, Datum:

Unterschrift

*(Der Förderbeitrag muss bei jährlicher Zahlung mindestens 20 Euro betragen, bei monatlicher Zahlung mindestens 5 Euro)*