



**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