

**Verbindliche Anmeldung zur Reise Sylt
vom 05. bis 14. September 2025**

Doppelzimmer mit Dusche/WC

 Einzelzimmer mit Waschgelegenheit

Doppelzimmer mit Waschgelegenheit

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefon:

Mobiltelefon:

Notfall-Kontaktperson

Telefon:

Name:

Vorname:

Hausarzt/ Hausärztin

Telefon:

Name:

Anschrift:

Haben Sie eine **“Vorsorgevollmacht in Gesundheitsangelegenheiten”** erteilt? Ja, an:

(Telefon)

 NeinNehmen Sie einen **Rollator** mit? Ja NeinNehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Haben Sie **körperliche Einschränkungen/ Erkrankungen**, über die unsere Reisebegleitung für den Notfall informiert sein sollte?Platz für Anmerkungen/ Wünsche:

Foto-Einverständnis: Fotos von meiner Person, die während der Reise aufgenommen werden, dürfen auf Webseiten und in Printmedien des DRK veröffentlicht und verbreitet werden. Wünschen Sie keine Veröffentlichung Ihrer Person, treten Sie bitte vor Aufnahme aus dem Bild.

 Ja | Nein

Datenverarbeitung: Ich bin damit einverstanden, dass das DRK meine Daten für die Versendung der Reiseangebote speichert und mir diese (jährlich) zusendet. Möchte ich diese zukünftig nicht mehr erhalten, kann ich das jederzeit schriftlich oder telefonisch widerrufen. Ich bin damit einverstanden, dass der DRK-Kreisverband meine auf diesem Formular eingetragenen Daten zum Zweck der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung speichert.

Es gelten unsere aktuellen Reisebedingungen.**Ort, Datum****Unterschrift**

2. Person "Mitreisende/r"

Verbindliche Anmeldung zur Reise zur Reise Sylt vom 05. bis 14. September 2025

Einzelzimmer mit Waschgelegenheit

Doppelzimmer mit Dusche/WC

Doppelzimmer mit Waschgelegenheit

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefon:

Mobiltelefon:

Notfall-Kontaktperson

Telefon:

Name:

Vorname:

Hausarzt/ Hausärztin

Telefon:

Name:

Anschrift:

Haben Sie eine "**Vorsorgevollmacht** in Gesundheitsangelegenheiten" erteilt?

Ja, an:

(Telefon)

Nein

Nehmen Sie einen **Rollator** mit?

Ja

Nein

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Haben Sie **körperliche Einschränkungen/ Erkrankungen**, über die unsere Reisebegleitung für den Notfall informiert sein sollte?

Platz für Anmerkungen/ Wünsche:

Foto-Einverständnis: Fotos von meiner Person, die während der Reise aufgenommen werden, dürfen auf Webseiten und in Printmedien des DRK veröffentlicht und verbreitet werden. Wünschen Sie keine Veröffentlichung Ihrer Person, treten Sie bitte vor Aufnahme aus dem Bild.

Ja | Nein

Datenverarbeitung: Ich bin damit einverstanden, dass das DRK meine Daten für die Versendung der Reiseangebote speichert und mir diese (jährlich) zusendet. Möchte ich diese zukünftig nicht mehr erhalten, kann ich das jederzeit schriftlich oder telefonisch widerrufen. Ich bin damit einverstanden, dass der DRK-Kreisverband meine auf diesem Formular eingetragenen Daten zum Zweck der satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung speichert.

Es gelten unsere aktuellen Reisebedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift