**Kursanmeldung für Strahlenschutzkurse nach NiSV**

*Vor + Nachname:*

*Geburtsdatum/-ort:*

*Anschrift:*

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt:

*Telefon/Email:*

*Studio/Arbeitgeber:*

*Ich interessiere mich für:* (Mehrfachnennungen möglich, bei Kombibuchung GK+weiteres Modul bieten wir 50% Rabatt auf das Modul GK)

* Modul GK „Grundlagen der Haut“ (78 UE) 1.150,-€
* Modul OS „optische Strahlung“ (117 UE) 2.350,-€
* Modul EK „Hochfrequenz“ (38 UE) 1.150,-€
* Modul US „Ultraschall“ (38UE) 1.150,-€

Dieser Kurs ist von der APV Zertifizierung anerkannt und zugelassen. Weitere Infos auf: [www.sachsacademy-nisv.de](http://www.sachsacademy-nisv.de)

Ich melde mich zur Teilnahme an der oben genannten Veranstaltung **verbindlich** an.

Ich verpflichte mich zur Zahlung des Teilnehmerbetrages auf das Konto der Kulturakademie Dresden **bis 2 Wochen vor Kursbeginn**. Von dieser Anmeldung kann ich schriftlich bis zur Fälligkeit der Zahlung kostenlos zurücktreten. Bei Stornierung meiner Anmeldung nach diesem Termin bis 5 Tage vor Kursbeginn verpflichte ich mich zur Zahlung 50% der Kursgebühr, danach wird die volle Summe fällig. Die Kulturakademie Dresden behalt sich das Recht vor, bei zu geringer Teilnehmerzahl den Kurs abzusagen.

**Einwilligungserklärung**

Ich willige ein, dass die Kulturakademie Dresden, Bamberger Straße 7, 01187 Dresden, meine Daten erhebt, verarbeitet und speichert. Die Daten werden zur Ausstellung eines Teilnahmezertifikats genutzt, um Ihre Teilnahme zu dokumentieren oder Sie zu kontaktieren.

Zum Nachweis der Kursteilnahme dürfen Ihre Daten an Dritte weitergegeben werden (APV Zertifizierung, DAKKS usw.) sowie an Personen, die dafür sorgen, dass Ihr Vertrag erfüllt werden kann. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten bei der Kulturakademie Dresden gGmbH gelöscht.

□ Hiermit willige ich der oben genannten Einwilligungserklärung ein.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift