



Berufsverband Diplomierter
Ehe-, Familien- und
LebensberaterInnen
Österreichs

www.berufsverband-efl-beratung.at

Inanspruchnahme der
Gruppen-Berufshaftpflicht-Versicherung

Vorname:		Nachname:	
Adresse (Straße, Hausnummer):		(PLZ):	(Ort):
Telefon:		E-Mail:	
Beschäftigt bei: (Träger/Dienstgeber)			

Ich bin ordentliches außerordentliches

Mitglied des Berufsverbandes Dipl. Ehe-, Familien- und LebensberaterInnen Österreichs und möchte die vom Berufsverband angebotene Gruppen-Berufshaftpflicht-Versicherung in Anspruch nehmen.

Die jährliche Versicherungsprämie in der Höhe von € 20,- überweise ich auf folgendes Konto:
Berufsverband Dipl. Ehe-, Familien- und LebensberaterInnen Österreichs
IBAN: AT05 2011 1200 4744 1900
BIC: GIBAATWW
Kennwort: Berufshaftpflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Informationen per Mail bzw. per Post zugesandt bekomme und zu diesem Zwecke meine bekanntgegebenen Daten (Name, Adresse, E-Mailadresse) elektronisch verwaltet werden.
Mir steht grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.

Detaillierte Informationen bezüglich Datenschutz sind in der Datenschutzerklärung unter:
www.berufsverband-efl-beratung.at zu finden.

Datum

Unterschrift