

# ANTRAG

## AUF BEZUSCHUSSUNG VON PRÄVENTION FÜR KINDER



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>1. ANGABEN ZUM MITGLIED</b>		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	
Anschrift:		
Telefon:	E-Mail:	
<b>1.1 ANGABEN ZUM KIND</b>		Bitte vollständig ausfüllen!
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:	

Ich beantrage einen Zuschuss zu der Maßnahme:

### Datenschutzhinweis

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

<b>2. KONTODATEN</b>	Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:
Name der Bank:	
IBAN: <input type="text"/>	BIC: <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten

<b>3. TEILNAHMEBESCHEINIGUNG</b>	Vom Anbieter auszufüllen!		
Name, Vorname:	hat an der o. g. Maßnahme		
von: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/>	Kurseinheiten á <input type="text"/>	Minuten Dauer teilgenommen.
Name des Kursleiters:			
Qualifikation:	Zusatzqualifikation:		
Der vorgenannte Kursleiter hat die Maßnahmen persönlich durchgeführt.			
Die Teilnahmegebühr in Höhe von: <input type="text"/>	Euro wurde entrichtet.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Anbieters		