



SRH Wald-Klinikum Gera
Personalabteilung
Straße des Friedens 122
07548 Gera

Datenvermittlung an den Internationalen Bund im Rahmen eines Freiwilligen Sozialen Jahres

Persönliche Angaben

Herr

Frau

divers

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Klausel

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich einverstanden mit der Erfassung meiner oben genannten Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Planung eines Freiwilligen Sozialen Jahres im SRH Wald-Klinikum Gera. Ebenfalls bestätige ich, dass ich zustimme, dass meine Daten zum Träger des Freiwilligen Sozialen Jahres, dem Internationalen Bund, weitergeleitet werden darf.

Datum:

Unterschrift: