



## Rückerstattungsantrag

Name :	
Vorname* :	
Name der betroffenen Person/Kind*:	
Adresse* : (no, rue)	
Postleitzahl und Ort *	
Telefon :	
E-mail Adresse * :	
Bankverbindung *:  IBAN : BIC :	
Datum der Rechnung(en) :	
Anlagen*: (Rechnung(en) und (ärztliche Verordnung(en)).	
Bei Zusatznahrung fügen Sie bitte die Kopie der CNS-Erstattung bei.	

Datum und Unterschrift : .....

### **Verarbeitung personenbezogener Daten:**

Die Allm ist für die persönlichen Daten verantwortlich, die ihr bei der Zahlung des Mitgliedsbeitrags, der Überweisung einer Spende oder bei der Anmeldung zu einer vom Verein organisierten Aktivität mitgeteilt werden. Alle Daten werden in Übereinstimmung mit der Allgemeinen Datenschutzverordnung (DSGVO) und den geltenden gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen verarbeitet.

### **Zweck der ursprünglichen Verarbeitung:**

Alle Daten werden zum Zweck der Verwaltung und Organisation von Aktivitäten, der Erstattung von Kosten sowie der Erstellung und des Versands von Zertifikaten erhoben.

\*= obligatorische Angaben

