

Veranstaltung: _____ - Datum: _____

* Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner Daten unter § 6 DSG-EKD zu. Sie ist erforderlich zur Wahrung der berechtigten Interessen eines Dritten (§ 6 Nummer 8 DSG-EKD) sowie um lebenswichtige Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person zu schützen (§ 6 Nummer 7 DSG-EKD).

Name	Adresse	E-Mail oder Telefon	Unterschrift *