

**Anmeldeformular**

**Fortbildung vektorübertragene Infektionen**  
**Prof. Dr. rer. nat Faulde**  
**05.07.2017**

Bundeswehrkrankenhaus Westerstede  
 Lange Str. 38, 26655 Westerstede  
 Telefon: +49 (0) 4488 50 - 7110  
 Fax: +49 (0) 4488 50 - 7109  
 E-Mail: BwKrhsWesterstedeChefarzt@bundeswehr.org

Zur Realisierung der Teilnahme akkreditierter Medienvertreter/innen unter Berücksichtigung sicherheitsbezogener Anforderungen werden die nachfolgend aufgeführten personenbezogenen Daten benötigt.

Rechtsgrundlage für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Angaben ist § 12 Abs. 1 i. V. m. §§ 13 ff Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Zum Zweck der Überprüfung sicherheitsrelevanter Belange werden die Daten an das BKA bzw. das zuständige LKA übermittelt.

Beim Bundeswehrkrankenhaus Westerstede, als datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle, werden die personenbezogenen Daten spätestens drei Monate nach Durchführung der o. a. Veranstaltung gelöscht.

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Pass-oder PA-Nr.		ausgestellt durch	
Presseausweis-Nr.		ausgestellt durch	
Büroadresse (Strasse, Ort):			
<b>Medium</b>			
Land des Mediums			
Telefon / Fax	Mobil	E-Mail	

**Zutreffendes bitte ankreuzen./ Please mark the appropriate answer./ Prière de marquer la mention correspondante**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Schriftpresse, Hörfunk</b> | <input type="checkbox"/> <b>Fernsehen, Film</b> |
| <input type="checkbox"/> Fotograf                      | <input type="checkbox"/> Redakteur              |
| <input type="checkbox"/> Hörfunk                       | <input type="checkbox"/> Kameramann             |
| <input type="checkbox"/> Redakteur                     | <input type="checkbox"/> Tonassistent           |
| <input type="checkbox"/> Techniker                     | <input type="checkbox"/> Techniker              |

Für die Richtigkeit der Daten:

**Ort, Datum**

**eigenhändige Unterschrift**

