



Das sind wir:

Name der Einrichtung / des Vereins:

Anschrift:

Telefon / Telefax:

E-Mail / Homepage:

Ansprechpartner für das FZS:

Zu erreichen (Tag/Uhrzeit):.....

Ansprechpartner für ehrenamtliche Mitarbeiter:

Zu erreichen (Tag/Uhrzeit):.....

Wir bieten den Freiwilligen, die sich bei uns engagieren (bitte ankreuzen):

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Unfallversicherung | Haftpflichtversicherung |
| Einarbeitung durch Fachpersonal | Probezeit/Schnupperzeit |
| Aufwandsentschädigung | Fahrtkostenerstattung |
| Verpflegung | Ausstattung mit Arbeitsmitteln |
| Qualifizierung | Fort- und Weiterbildung |
| Teilnahme an Teamsitzungen | Teilnahme an Veranstaltungen |
| Bescheinigungen/Zertifikate | Übernahmemöglichkeit |
| Anerkennung, Empfänge, Ehrungen | |

Sonstiges:.....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass unsere für den Zweck der Vermittlung von Ehrenamtlichen erforderlichen Daten in automatisierten und nicht automatisierten Dateisystemen verarbeitet werden. Ich weiß, dass wir diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort und Datum:

Unterschrift: