



Berufsverband Diplomierter
Ehe-, Familien- und
LebensberaterInnen
Österreichs

www.berufsverband-efl-beratung.at

Inanspruchnahme der
Gruppen-Berufshaftpflicht-Versicherung

Vorname:	Nachname:	
Adresse (Straße, Hausnummer):	(PLZ):	(Ort):
Telefon:	E-Mail:	
Beschäftigt bei: (Träger/Dienstgeber)		

Ich bin ordentliches außerordentliches

Mitglied des Berufsverbandes Dipl. Ehe-, Familien- und LebensberaterInnen Österreichs und möchte die vom Berufsverband angebotene Gruppen-Berufshaftpflicht-Versicherung in Anspruch nehmen.

Die jährliche Versicherungsprämie in der Höhe von € 20,- überweise ich auf folgendes Konto:

Volksbank Graz- Bruck

IBAN: AT20 4477 0001 6480 0662

BIC: VBOEATWWGRA

Kennwort: Berufshaftpflicht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Informationen per Mail bzw. per Post zugesandt bekomme und zu diesem Zwecke meine bekanntgegebenen Daten (Name, Adresse, E-Mailadresse) elektronisch verwaltet werden. Mir steht grundsätzlich das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.

Detaillierte Informationen bezüglich Datenschutz sind in der Datenschutzerklärung unter: www.berufsverband-efl-beratung.at zu finden.

Datum

Unterschrift