

# TEILNEHMERVEREINBARUNG – Unterschriftsseite



Diese Unterschriftsseite bitte direkt abgeben oder senden an:

Universitätsklinikum Regensburg  
Innere Med II / Kardiologie  
Mobile Retter  
93042 Regensburg

Ich,

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Mobilfunknummer des eingesetzten Smartphones

Qualifikation/en wie z.B. Rettungsdienst, (Not-)Arzt/Ärztin, (Intensiv-)Krankenpfleger/in, Feuerwehr, Sanitätsdienst etc.

**habe die mir ausgehändigte bzw. per E-Mail erhaltene Teilnehmervereinbarung gelesen und stimme dieser zu.**

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

## Einwilligung bzgl. der Übermittlung personenbezogener Daten an den Mobile Retter e.V. zu Zwecken der Kontaktaufnahme und Information

Ich bin damit einverstanden, dass die Gebietskörperschaft die von mir angegebenen Daten zu meiner Person, insbesondere meine E-Mail-Adresse, an den Mobile Retter e.V. übermittelt. Der Verein speichert und verwendet diese Daten, um mir Neuigkeiten und sonstige Informationen im Zusammenhang mit dem System „Mobile Retter“ mitzuteilen, bspw. in Form eines E-Mail-Newsletters. Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und zum Abschluss der Teilnehmervereinbarung nicht erforderlich.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden (hierzu können die Kontaktdaten gemäß Ziffer 1. der Anlage 2 verwendet werden sowie, im Falle eines E-Mail-Newsletters, der in jeder Nachricht enthaltene Link zur Abmeldung). Der Widerruf hat zur Folge, dass die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortgeführt werden darf, sofern diese nicht auf eine andere Rechtsgrundlage gestützt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

## Nur durch den/die Trainer/in auszufüllen

ist persönlich bekannt.

hat sich durch Personalausweis ausgewiesen.

## Erfolgreiche Qualifizierung

Die in dieser Vereinbarung aufgeführte Person hat heute an der nach § 2 erforderlichen Qualifizierungsmaßnahme teilgenommen. Ich habe keinen Zweifel daran, dass sie die erforderliche Leistungsfähigkeit besitzt. Der Einsatz als „Mobiler Retter / Mobile Retterin“ ist zu befürworten.

Ort, Datum

Unterschrift Trainer/in

**ORIGINAL**  
für den mobilen Retter

# TEILNEHMERVEREINBARUNG – Unterschriftsseite



Diese Unterschriftsseite bitte direkt abgeben oder senden an:

Universitätsklinikum Regensburg  
Innere Med II / Kardiologie  
Mobile Retter  
93042 Regensburg

Ich,

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Mobilfunknummer des eingesetzten Smartphones

Qualifikation/en wie z.B. Rettungsdienst, (Not-)Arzt/Ärztin, (Intensiv-)Krankenpfleger/in, Feuerwehr, Sanitätsdienst etc.

**habe die mir ausgehändigte bzw. per E-Mail erhaltene Teilnehmervereinbarung gelesen und stimme dieser zu.**

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

## Einwilligung bzgl. der Übermittlung personenbezogener Daten an den Mobile Retter e.V. zu Zwecken der Kontaktaufnahme und Information

Ich bin damit einverstanden, dass die Gebietskörperschaft die von mir angegebenen Daten zu meiner Person, insbesondere meine E-Mail-Adresse, an den Mobile Retter e.V. übermittelt. Der Verein speichert und verwendet diese Daten, um mir Neuigkeiten und sonstige Informationen im Zusammenhang mit dem System „Mobile Retter“ mitzuteilen, bspw. in Form eines E-Mail-Newsletters. Die Erteilung der Einwilligung ist freiwillig und zum Abschluss der Teilnehmervereinbarung nicht erforderlich.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden (hierzu können die Kontaktdaten gemäß Ziffer 1. der Anlage 2 verwendet werden sowie, im Falle eines E-Mail-Newsletters, der in jeder Nachricht enthaltene Link zur Abmeldung). Der Widerruf hat zur Folge, dass die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortgeführt werden darf, sofern diese nicht auf eine andere Rechtsgrundlage gestützt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

## Nur durch den/die Trainer/in auszufüllen

ist persönlich bekannt.

hat sich durch Personalausweis ausgewiesen.

### Erfolgreiche Qualifizierung

Die in dieser Vereinbarung aufgeführte Person hat heute an der nach § 2 erforderlichen Qualifizierungsmaßnahme teilgenommen. Ich habe keinen Zweifel daran, dass sie die erforderliche Leistungsfähigkeit besitzt. Der Einsatz als „Mobiler Retter / Mobile Retterin“ ist zu befürworten.

Ort, Datum

Unterschrift Trainer/in

**KOPIE**  
für die Behörde