

Antrag

Antragsteller

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer (optional) _____

E-Mail-Adresse (optional) _____

Projektkosten _____

Projektbeschreibung

Die Antragstellung entfaltet keine anspruchsbegründende Wirkung. Die Entscheidung über die Zustimmung oder Ablehnung des Antrages liegt beim Hospitalausschuss.

Datenschutzinformation:

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig! Ihre Angaben werden stets vertraulich behandelt und nur für den von Ihnen gewählten Zweck verwendet. Mit unserer Datenschutzinformation informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns sowie über die Ihnen zustehenden Rechte. Eine detaillierte Ausführung der Datenschutzinformation finden Sie unter www.buergerhospital-kl.de

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Datum, Unterschrift _____