

# Reiseanmeldung

## IHRE REISEDATEN

Reiseziel \_\_\_\_\_

Termin von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Reisedauer \_\_\_\_\_

Zimmerkategorie \_\_\_\_\_ Katalogpreis \_\_\_\_\_

Unverbindliche Wünsche \_\_\_\_\_

Gewünschter Abfahrtsort:  Rheine  Ibbenbüren  Emsdetten

Ich möchte meinen Rollator mitnehmen.

## IHRE PERSÖNLICHEN DATEN

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ich verfüge über einen Schwerbehindertenausweis mit \_\_\_\_ % Schwerbehinderung  
Merkzeichen \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_  Corona-Impfung

### ANSPRECHPERSON IM NOTFALL

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Die personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der maßgebenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben. Mit der Weitergabe der in dieser Anmeldung angegebenen Daten an die mit dieser Erholungsmaßnahme befassten Mitarbeitenden bin ich einverstanden. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der oben genannten Reise. Die vollständigen Reisebedingungen des Trägers habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Den Sicherungsschein für die gebuchte Reise werde ich mit der Buchungsbestätigung erhalten.

### Zur Information:

**Pflegerische Hilfen und Medikamentengabe dürfen von unseren Caritas-Reisebegleitungen nicht übernommen werden! Bitte sprechen Sie uns an!**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

