

KOSTENZUSCHUSS PCR-TEST



TICKETKÄUFER:IN

Name, Vorname

Adresse

E-Mail

Telefonnummer

TICKETNUTZER:IN

nicht impffähig

Kind/Jugendliche:r (Alter 7-18 Jahre)

Name, Vorname

Geburtsdatum

TICKETDETAILS

Begegnung

Block

Reihe

Platz

ERSTATTUNG

Gutschein (Wert: 70 €, Ausgabe erfolgt am Spieltag an den Kassenhäusern)

Überweisung (50 €, erfolgt in 3-4 Wochen auf das angegebene Bankkonto)

Kontoinhaber:in

Bank/Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich dies auf Nachfrage mit entsprechenden Nachweisen belegen kann. Die vorstehenden Kontaktdaten werden ausschließlich zur Abwicklung des PCR-Zuschusses per Überweisung oder in Gutscheinform erhoben und verarbeitet. Es erfolgt keine anderweitige Nutzung oder Weitergabe an Dritte. Alle Daten, für die keine zwingenden längeren gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen, werden spätestens vier Wochen nach Erhebung vollständig gelöscht.

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung der angegebenen Daten in vorstehendem Umfang einverstanden. Im Übrigen gilt die Datenschutzerklärung unter: <https://www.eintracht.de/datenschutz/>.

Ort / Datum

Unterschrift