



Bundeswehr Sozialwerk
Hier scheint die Sonne!

Bundeswehr-Sozialwerk e.V.
Ollenhauerstraße 2
53113 Bonn

Telefon: +49 228 37737-234
Fax: +49 228 37737-444
E-Mail: bwswfj@bundeswehr.org

Hinweis zum Datenschutz:

Sie können Ihre Einwilligung in die werbliche Nutzung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Die Zulässigkeit der Verarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt wird hiervon nicht berührt. Die Datenschutzinformationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das BwSW finden Sie in den Heften und auf der Homepage des BwSW unter [www.bundeswehr-sozialwerk.de/Informationen zum Datenschutz](http://www.bundeswehr-sozialwerk.de/Informationen%20zum%20Datenschutz).

Gruppenreise-Nr.: _____

recreation center/etablissement/Haus, Ort	from/du/von	to/au/bis
alternative/alternatif/Alternative	from/du/von	to/au/bis

wanted room/hébergement souhaité/gewünschte Unterbringung (please fill in the number/indiquer le nombre/Anzahl der benötigten Unterkünfte bitte eintragen):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
single/simple/ Einzelzimmer	double/double Doppelzimmer	room/chambre à plusieurs lits / Mehrbettzimmer	extra bed/lit supp./ Zustellbett	apartmen / Appartement	Bungalow	mobile home /domicile mobile/ Mobilheim

board/pension/Verpflegung (at selection/à sélection/bei Wahlmöglichkeit)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
fullboard/pension complète/Vollpension	half-board/demi-pension/Halbpension	bed and breakfast/ petit déjeuner/Frühstück	rent/location/ nur Miete, keine Verpflegung	

Applicant/Demandeur/Antragsteller/Antragstellerin

name, first name/nom, prénom/Name, Vorname		rank/grade/Dienstgrad, Besoldungsgruppe	
address/adresse/Adresse			
phone number (home)/N° de téléphone (privé)/Tel-Nr. (privat)	office/bureau/ Tel-Nr. dienstlich	E-Mail	
cell phone number/numéro portable/Handynummer	military/militaire/FspNBw	<input type="checkbox"/> Ich willige ein, dass das BwSW und das jeweilige CLIMS-Land meine angegebene E-Mail Adresse für die Bearbeitung des Buchungsauftrages nutzen dürfen.	

ALL participants/TOUTS participants au séjour/ALLE teilnehmenden Personen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. applicant/demandeur/Person (name, first name/nom, prénom/Name, Vorname)	date of birth/date de naissance/ Geburtsdatum	relation ship/parenté/Familienzugehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. applicant/demandeur/Person (name, first name/nom, prénom/Name, Vorname)	date of birth/date de naissance/ Geburtsdatum	relation ship/parenté/Familienzugehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. applicant/demandeur/Person (name, first name/nom, prénom/Name, Vorname)	date of birth/date de naissance/ Geburtsdatum	relation ship/parenté/Familienzugehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. applicant/demandeur/Person (name, first name/nom, prénom/Name, Vorname)	date of birth/date de naissance/ Geburtsdatum	relation ship/parenté/Familienzugehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. applicant/demandeur/Person (name, first name/nom, prénom/Name, Vorname)	date of birth/date de naissance/ Geburtsdatum	relation ship/parenté/Familienzugehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. applicant/demandeur/Person (name, first name/nom, prénom/Name, Vorname)	date of birth/date de naissance/ Geburtsdatum	relation ship/parenté/Familienzugehörigkeit

date/date/Datum	<input checked="" type="checkbox"/> handriten signature/signature manuscrite/handschriftliche Unterschrift
-----------------	--

for official use only/cadre réservé/Angaben für das Bundeswehr-Sozialwerk

<input type="checkbox"/> Ich habe die AGB des BwSW e. V. und die Hinweise zum Datenschutz, als auch die Hinweise für die CLIMS Individual- und Gruppenangebote zu Kenntnis genommen.	<input type="text"/> Mitgliedsnummer	<input type="text"/> Personenkennziffer (PK)	<input type="text"/> Mitglied im BwSW seit
--	--------------------------------------	--	--