

Anlage 3

Die Zusendung der folgenden (Kontakt)-daten per E-Mail oder auf dem Postweg umfasst die der Bestätigung, dass Sie die beigefügte Datenschutzerklärung zum Formular (Kontakt)-daten für den „Kölner Gesundheitswegweiser“ akzeptieren. **Bitte unterschreiben Sie dieses Formular.** Vielen Dank!

(Bitte tragen Sie jeweils nur das für Sie oder Ihre Institution Zutreffende ein.)

Name:	
Vorname:	
Name/Bezeichnung der Institution/des Angebotes:	
Adresse des Angebotes (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Köln, Stadtbezirk)	Straße: Hausnummer: PLZ: Köln: Stadtbezirk:
Telefonnummer und Faxnummer der Anbieterin/des Anbieters	Telefon:0221/ Fax:
E-Mailadresse der Anbieterin/des Anbieters	
Webseite des Angebotes	
Ggf. Ansprechpartner/in für das Angebot	Name: Vorname: Telefon: 0221/ Fax: 0221/ E-Mail:
Name und Anschrift des Angebotsträgers:	
Adresse des Träger (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Köln, Stadtbezirk)	Straße: Hausnummer: PLZ: Köln: Stadtbezirk:
Öffnungszeiten des Angebotes	Montag: Dienstag: Mittwoch: Donnerstag: Freitag: Samstag: Sonntag:
Im Angebot gesprochene Fremdsprachen	
Kurze Beschreibung des Angebotes beziehungsweise der Leistungen(zum Beispiel für eine Flüchtlingsberatungsstelle: Beratung und Integrationsbe-	

(Kontakt)-daten für den „Kölner Gesundheitswegweiser“

gleitung nach dem Zuwanderungsgesetz)	
Welche der folgenden Zielgruppen soll mit Ihrem Angebot erreicht werden (ggf. alle).Bitte ankreuzen. Kinder und Jugendliche, Erwachsene weiblich, Erwachsene männlich, Erwachsene andere (Transgender u. a.), Menschen im Alter, Migrantinnen und Migranten (Flüchtlinge), Angehörige	Kinder und Jugendliche: Erwachsene weiblich: Erwachsene männlich: Erwachsene andere (Transgender u. a.): Menschen im Alter: Migrantinnen und Migranten (Flüchtlinge): Angehörige:

Datum

Unterschrift