

Anmeldung Ferienwochen / Wochenendausflüge

Wir freuen uns über Ihre Anmeldung für die Angebote von insieme Ausserschwyz.

Für die definitive Bestätigung des gewünschten Ferienangebotes werden wir uns auf die Angaben in der Anmeldung abstützen. Für die Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt insieme Ausserschwyz keine Verantwortung oder Haftung. **Änderungen des Gesundheitszustandes und entsprechende Folgen für die Ferienbetreuung sind rechtzeitig vor Ferienantritt zu melden.** Wir setzen für alle Angebote einen gesundheitlich guten und stabilen Zustand voraus. **Bei falschen oder ungenügenden Angaben ziehen wir einen Ausschluss oder Abbruch in Betracht. In diesem Zusammenhang anfallende Mehrkosten werden weiter verrechnet.**

insieme Ausserschwyz wünscht allen schöne Erlebnisse.

Herzlichen Dank für ein sorgfältiges und vollständiges Ausfüllen der Anmeldung!

Gerne melde ich mich für folgende Ferienwochen und Wochenendausflüge an:

Name und Vorname _____		
Ferienwochen	Datum	Anmeldefrist
<input type="checkbox"/> Wintersportwoche in Lenzerheide <input type="checkbox"/> Schneeschuh- und Winterwandern <input type="checkbox"/> Skifahren	14. März bis 21. März 2026	15. November 2025
<input type="checkbox"/> Erholungsferien in Walchwil Frühling	06. Juni bis 13. Juni. 2026	07. Januar 2026
<input type="checkbox"/> Sommerferien in Davos	25. Juli bis 01. August 2026	07. Januar 2026
<input type="checkbox"/> Sommerferien in Wilen bei Sarnen	25. Juli bis 01. August 2026	07. Januar 2026
<input type="checkbox"/> Erholungsferien in Walchwil Herbst	22. August bis 29. August 2026	07. Januar 2026
<input type="checkbox"/> Herbstferien in Ponteresina	06. Sept. – 12. Sept. 2026	07. Januar 2026
Wochenendausflüge	Datum	Anmeldefrist
<input type="checkbox"/> Bergwochenende	13. / 14. Juni 2026	07. Januar 2026
<input type="checkbox"/> Schlagerparade Chur	26. / 27. September 2026	07. Januar 2026
<input type="checkbox"/> Städteausflug	28. / 29. November 2026	07. Januar 2026

Aktuelles Foto Teilnehmer/in	Bitte ein aktuelles Foto in das Feld einkleben. Herzlichen Dank!		Foto
Wohnsitz der Teilnehmerin / des Teilnehmers	Name	Vorname	
	Strasse	PLZ/Ort	
	Festnetz	Mobile	
	Geb. Datum	E-Mail	
Bezugsperson der Teilnehmerin / des Teilnehmers	Name der Institution		
	Name	Vorname	
	Festnetz	Mobile	
		E-Mail	
Notfallnummer der Kontaktpersonen die jederzeit erreichbar sind	Name	Vorname	
	Festnetz	Mobil	
	Name	Vorname	
	Festnetz	Mobil	
Rechnungsadresse			
	Name	Vorname	
	Strasse	PLZ/Ort	
Genaue Bezeichnung der Beeinträchtigung			
	<i>Bitte genaue Diagnose angeben. (Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können)</i>		
Hilflosenentschädigung Grad der Beeinträchtigung (HE)	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer

Mitglied bei insieme	<input type="checkbox"/> insieme Ausserschwyz	<input type="checkbox"/> insieme Innerschwyz	<input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse Name	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
Kartenummer	Unbedingt mitnehmen		
Versicherung Name Unfall	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht	
Name Privathaftpflicht			
AHV-/ IV-Nummer	756 _____ . _____ . _____		
Hausarzt <i>Im Notfall kontaktieren wir Ihren Hausarzt. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie ihn im entsprechenden Umfang vom Arztgeheimnis.</i>	Name	Vorname	
	Strasse	PLZ/Ort	
	Festnetz	Mobile	
	E-Mail		
	Gesundheit	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>	
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Typ «Grand mal»	<input type="checkbox"/> Typ «Petit mal»	
	Datum letzter Anfall	_____	
	Übliche Frequenz der Anfälle	_____	
	Symptome vor Anfall	_____	
	Symptome bei einem Anfall	_____	
	Angepasstes Verhalten	_____	
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insulinspritze nötig	<input type="checkbox"/> Spritzt Insulin selbständig
Spezielle Hinweise _____ _____			
<input type="checkbox"/> Herz- /Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte genaue Erkrankung unten angeben	
	Bitte genaue Beschwerden und Krankheitsbilder angeben _____ _____		
	_____ _____		

<input type="checkbox"/> Sprachbeeinträchtigung Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> andere: _____
<input type="checkbox"/> Atembeschwerden/ Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche und wann treten sie auf? <hr/>
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	An welcher Form von Inkontinenz leiden Sie (bitte genau beschreiben)? <hr/>
<input type="checkbox"/> Allgemeine Allergien	An welchen Allergien (ohne Essen) leiden Sie? <hr/>
Andere Einschränkungen	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i> <input type="checkbox"/> Ich bin manchmal depressiv Zeigt sich durch: <hr/> Was hilft? <hr/> <input type="checkbox"/> Ich bin manchmal aggressiv Bei welchen Situationen? <hr/> Was hilft? <hr/> <input type="checkbox"/> Ich fürchte mich besonders vor: <hr/> <input type="checkbox"/> Ich habe besondere Abneigung gegen: <hr/> <input type="checkbox"/> Ich laufe manchmal weg Bei welchen Situationen? <hr/> Was hilft? <hr/> <input type="checkbox"/> Es gibt besondere Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde. Welche? <hr/> Was hilft? <hr/>

Suchtprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Art/Beschreibung	Bitte benennen Sie die Sucht. Wie ist damit umzugehen (Verbot, kontrollierte Abgabe etc.)		
<hr/>			
<hr/>			
Sexualität / Neigungen	Sind Auffälligkeiten vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie zeigt sich das?		
<hr/>			
	Ist Schwangerschaftsverhütung geregelt? (Ist in Verantwortung der Teilnehmenden)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Allgemeine Hilfsmittel	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen		
	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Schuheinlagen <input type="checkbox"/> Zahnprothesen
	Andere?	_____	_____
Medikation	<input type="checkbox"/> Nimmt Medikamente ein		<input type="checkbox"/> Nimmt keine Medikamente ein
	Aktueller Medikamentenplan mitgeben (inkl. Reservemedikamente).		
	Name	Morgens (Menge)	Mittags (Menge) Abends (Menge)
Reservemedikation bei Schmerzen, Unruhe und psychischen Belastungen	_____		

Sie tragen die Verantwortung dafür, dass die Medikamentenabgabe vor Ort durch Laien erfolgen kann. Medikamente müssen in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein. Beipackzettel mitgeben. Die mitgenommene Menge muss für die ganze Dauer reichen.	<input type="checkbox"/> Benötigt KEINE Reservemedikation, wenn ja bitte UNBEDINGT OBEN AUFLISTEN <input type="checkbox"/> Ich nehme die Medikamente selbstständig ein <input type="checkbox"/> Ich möchte, dass mich jemand unterstützt <input type="checkbox"/> Medikamente müssen durch die Betreuungsperson verabreicht werden Rezeptfreie Medikamente dürfen ohne Rücksprache durch die Leitung verabreicht werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>So geht die Einnahme für mich am einfachsten:</i>		

Medikamenten-Unverträglichkeit	Name Medikament/Wirkstoff		

Unterstützung und Betreuung	Einstufung der Unterstützungsleistungen		
	<input type="checkbox"/> keine		
	Ich benötige Einzelbetreuung Mehrkosten werden verrechnet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allgemeine Fragen	Ich brauche einen Mittagsschlaf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich kann mich selbständig ankleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich kann mich allein ausziehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich gehe selbständig zu Bett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich wasche mich selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich dusche selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich putze die Zähne allein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich kämme mich selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich gehe selbständig zur Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich kann mich nach dem Toilettengang selbständig reinigen (Intimpflege)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich rasiere mich allein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich wähle selbständig meine Kleider	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich wechsle von allein meine Wäsche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich kann selber die Schuhe binden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung
	Ich schnarche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich kann ohne Hilfe schwimmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich darf tauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Auftriebsmittel beim Schwimmen Auftriebsmittel müssen mitgebracht werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche?

Unterkunft/Zimmer	Einzelzimmer sind nur für einzelne Ferienangebote buchbar. Bitte beachten Sie die Unterkunftsart in der Broschüre.		
	Ich brauche zwingend ein Einzelzimmer Mehrkosten werden verrechnet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Essen Lebensmittel- unverträglichkeiten / Allergien	<input type="checkbox"/> Ich bin Vegetarier/in <input type="checkbox"/> Ich benötige glutenfreie Kost _____ <input type="checkbox"/> Ich benötige laktosefreie Kost _____ <input type="checkbox"/> Ich benötige Diät (Diätplan beilegen) _____ <input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Essen _____ <input type="checkbox"/> Ich muss auf die Essensmenge achten _____ <input type="checkbox"/> Ich trinke Kaffee, max. Tassen pro Tag: _____ Tassen <input type="checkbox"/> Ich trinke Alkohol, Mengenangabe/Tag _____ Spezielle Hilfsmittel/weitere Besonderheiten _____ _____ _____		
Lebensmittel- unverträglichkeiten / Allergien	Was darf ich nicht essen und trinken _____ _____ _____		
Taschengeld	<input type="checkbox"/> Ich kann mit Geld umgehen <input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Einteilen meines Geldes <input type="checkbox"/> Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet		
Ausgangsregelung	<input type="checkbox"/> Ich darf selbständig in den Ausgang <input type="checkbox"/> Ich darf nur in Begleitung in den Ausgang <input type="checkbox"/> Ich darf nur in die mit der Leitung vereinbarten Gasthäuser <input type="checkbox"/> Ich darf am Tag selbständig in den Ausgang (z.B. Einkäufe) <input type="checkbox"/> Nur unter klar definierter Zeit der Rückkehr <input type="checkbox"/>		
Abonnemente	Ich besitze eine SBB-Begleitkarte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich besitze einen IV-Ausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich besitze ein Halbtax-Abonnement <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich besitze ein Generalabonnement <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn vorhanden, unbedingt mitnehmen!		

Sport/Bewegung	<p>Für Fussgänger/innen</p> <p><input type="checkbox"/> ich kann kurze Distanzen gehen (bis 30 Minuten)</p> <p><input type="checkbox"/> ich kann längere Distanzen gehen (bis 1 Stunden)</p> <p><input type="checkbox"/> ich kann lange Distanzen gehen (2 - 3 Stunden)</p> <p>Für Rollstuhlfahrer/innen</p> <p>Ich kann</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> gehen</td> <td><input type="checkbox"/> stehen</td> <td><input type="checkbox"/> Treppen steigen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> im Autositz reisen</td> <td><input type="checkbox"/> beim Transfer</td> <td><input type="checkbox"/> nur im Rollstuhl reisen</td> </tr> </table> <p>Ich bin auf den Rollstuhl angewiesen</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Immer</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> </table> <p>Ich kann den Rollstuhl selbst fahren</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> </table> <p>Für Rollator Benutzer/innen</p> <p>Ich bin auf den Rollator angewiesen</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Immer</td> <td><input type="checkbox"/> teilweise</td> </tr> </table> <p>Wann:</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> gehen	<input type="checkbox"/> stehen	<input type="checkbox"/> Treppen steigen	<input type="checkbox"/> im Autositz reisen	<input type="checkbox"/> beim Transfer	<input type="checkbox"/> nur im Rollstuhl reisen	<input type="checkbox"/> Immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Immer	<input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> gehen	<input type="checkbox"/> stehen	<input type="checkbox"/> Treppen steigen												
<input type="checkbox"/> im Autositz reisen	<input type="checkbox"/> beim Transfer	<input type="checkbox"/> nur im Rollstuhl reisen												
<input type="checkbox"/> Immer	<input type="checkbox"/> teilweise													
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise												
<input type="checkbox"/> Immer	<input type="checkbox"/> teilweise													
Meine besonderen Stärken, Hobbys, Fähigkeiten sind	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>													
Meine Charaktereigenschaften, Eigenheiten, wichtige Merkmale, Verhalten, spezielle Gewohnheiten sind.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>													
Weitere Bemerkungen, Hinweise, Informationen	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>													

Bestätigung Versicherungsabschluss	Sie bestätigen, dass Sie die obligatorischen Versicherungen wie Kranken- und Unfallversicherung sowie Privat-/Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Wir empfehlen zudem den Abschluss einer Annullationskosten- und Rückreiseversicherung .
Annullationskosten	Bei Abmeldung: bis 8 Wochen vor Reiseantritt ohne Kostenfolge. Bis 4 Wochen vor Reiseantritt zahlen Sie die Hälfte. Wenn Sie sich weniger als 4 Wochen vor Reiseantritt abmelden, dann zahlen Sie den ganzen Betrag.
Fotos und Filme	<p>Ich bin damit einverstanden, dass sorgfältig ausgewählte Ferienfotos von mir von insieme Ausserschwyz für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
Datenschutz	<p>Der Datenschutz wird gemäss dem beiliegenden Dokument "Datenschutz und Einverständniserklärung für Teilnehmende von Angeboten des Insieme Ausserschwyz" angewendet. (Bitte auch unterschreiben und mit der Anmeldung einreichen.)</p>
Unterschriften	<p>Gast</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Datum _____</p> <p>Unterschrift _____</p> <p>Bezugsperson</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Funktion _____</p> <p>Kontaktdaten E-Mail _____ Telefonnummer _____</p> <p>Datum _____</p> <p>Unterschrift _____</p>

Bestätigung der Anmeldung erwünscht per E-Mail an:

Stand: 4. September 2025



Datenschutz und Einverständniserklärung für Teilnehmende sämtlichen Angeboten des insieme Ausserschwyz (Freizeit, Ferienwochen und Erlebniswochenenden, individuellen Betreuung, Wochenendentlastung und Bildungsclub)

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer

Am 1. September 2023 ist in der Schweiz das neue Datenschutzgesetz in Kraft getreten. Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Wir bearbeiten Daten in Übereinstimmung mit dem geltenden Datenschutzrecht. In dieser Datenschutz- und Einverständniserklärung informieren wir Sie darüber, welche Personendaten wir erheben, wozu wir diese bearbeiten und verwenden, ob und zu welchem Zweck wir diese weitergeben und welches Ihre Rechte im Zusammenhang mit Ihren Personendaten sind. Wir bitten Sie, die Datenschutzerklärung durchzulesen und, wenn Sie damit einverstanden sind, die Einverständniserklärung zu unterschreiben und an unsere Geschäftsstelle, insieme Ausserschwyz, Churerstrasse 100, 8808 Pfäffikon SZ oder per Mail an info@insieme-ausserschwyz.ch zu senden.

1. Wer ist verantwortlich für die Bearbeitung Ihrer Daten?

Verantwortlich für die Bearbeitung Ihrer Daten ist insieme Ausserschwyz. Datenschutzverantwortliche ist Käthy Föllmi (k.foellmi@insieme-ausserschwyz.ch).

2. Welche Daten bearbeitet insieme Ausserschwyz?

Insieme Ausserschwyz erhebt von seinen Teilnehmenden folgende Daten:

- Name
- Adresse
- Kontaktdaten (Telefon, Email, etc.)
- Mitgliedschaft bei insieme Ausserschwyz
- Bezug von Sozialleistungen
- Informationen zur Behinderung
- Daten in Bezug auf Gesundheit (z.B. benötigte Medikamente, etc.)

Insieme Ausserschwyz bezieht diese Daten grundsätzlich direkt von Ihnen. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten werden von Mitarbeitenden und Freiwilligen von insieme Ausserschwyz so weit wie nötig benutzt und bearbeitet. Alle Mitarbeitenden und Freiwilligen erhalten vor Arbeitsbeginn Anweisungen in Bezug auf die Einhaltung des Datenschutzes.

Diese Daten speichert insieme Ausserschwyz im IT System.

3. Fotos in den Angeboten von insieme Ausserschwyz

Fotos von den Teilnehmenden können für Drucksachen, bei der Mitgliederversammlung und Internetauftritt oder für Zeitungsberichte von insieme Ausserschwyz verwendet werden. Möchten Sie **nicht**, dass Fotos von Ihnen verwendet werden, melden Sie sich bitte bei info@insieme-ausserschwyz.ch

Weiter können private Fotos gemacht werden. Deren Nutzung und Verbreitung liegt ausserhalb der Verantwortung des insieme Ausserschwyz und deren Mitarbeitenden. Die Teilnehmenden verpflichten sich, mit Daten und Fotos aller Teilnehmenden respektvoll umzugehen und deren Privatsphäre zu respektieren (z.B. keine Verbreitung von Fotos und Telefonnummern ohne Einwilligung der betreffenden Person).

4. Was ist der Zweck der Datenbearbeitung?

Insieme Ausserschwyz bearbeitet die Sie betreffenden Daten, um die Angebote, Kurse und Dienstleistungen von insieme Ausserschwyz bedürfnisgerecht zu erbringen.

5. Wie lange bewahrt Insieme Ausserschwyz Ihre Daten auf?

Personenbezogene Daten, zu denen nicht Name und Anschrift, wohl aber Angaben über den Gesundheitszustand des Teilnehmers gehören, werden ein Jahr nach Beendigung des Vertragsverhältnisses

gelöscht, sofern nicht eine längere gesetzliche Aufbewahrungspflicht oder ein überwiegendes berechtigtes Interesse an einer längeren Aufbewahrung besteht.

6. Gibt insieme Ausserschwyz Ihre Daten an Dritte weiter?

Insieme Ausserschwyz gibt Ihre Daten weiter an:

- Hotels, Restaurants, Transportbetriebe, Reisebüros etc. (Schweiz und Ausland)
- insieme Schweiz / Vereinigung Cerebral Schweiz
- Behörden inklusive Bundesamts für Sozialversicherung (BSV), wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet oder berechtigt sind oder wenn es zur Wahrung unserer Interessen notwendig erscheint
- Externe Dienstleister (z.B. IT-Dienstleister, Rechtsberater, Buchhalter etc.)

7. Was haben Sie für Rechte?

a) Auskunftsrecht

Sie haben das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob insieme Ausserschwyz Sie betreffende Daten bearbeitet. Falls dem so ist, haben Sie grundsätzlich das Recht auf weitere Informationen welche Daten dies sind, was Bearbeitungszweck ist, woher die Daten stammen etc.

b) Recht auf Datenherausgabe/Datenübertragung

Sie können die Herausgabe Ihrer Daten in elektronischer Form verlangen.

c) Berichtigung

Sie haben das Recht, insieme Ausserschwyz aufzufordern, falsche oder unvollständige Daten zu korrigieren oder zu vervollständigen.

d) Löschungsrecht

Sie haben das Recht, uns aufzufordern, die Sie betreffenden Daten zu löschen. Diesem Begehren entsprechen wir, ausser wir sind zur Aufbewahrung gesetzlich verpflichtet oder wir haben ein überwiegendes berechtigtes Interesse an der Aufbewahrung dieser Daten. Die Löschung Ihrer Personendaten kann aber dazu führen, dass Sie unsere Dienstleistungen nicht mehr benutzen können.

e) Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, der Bearbeitung von Sie betreffenden Daten zu widersprechen. Eine Weiterbearbeitung Ihrer Daten ist dann nur zulässig, wenn diese durch das Gesetz oder durch ein überwiegendes berechtigtes Interesse gerechtfertigt ist.

8. Wie schützt insieme Ausserschwyz Ihre Daten?

Insieme Ausserschwyz trifft angemessene technische und organisatorische Sicherheitsmassnahmen, um Ihre Daten bestmöglich zu schützen.

Einverständniserklärung

Ich (Name und Adresse)

habe die vorliegende Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich bin mit der entsprechenden Bearbeitung der mich betreffenden Personendaten einverstanden.

Unterschrift (gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters):

Ort und Datum: _____