**SERVICE-ANFRAGEFORMULAR**

(zu senden an ifempower@stz-ost-west.de)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum:** tt/mm/aaaa | **Ort:**  | **Land:** |

|  |
| --- |
| **BEWERBERDATEN:**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ID-Nummer** | **Vorname** | **Nachname** |
|  |  |  |
| **Staatsangehörigkeit** | **Geburtsdatum** | **E-Mail** |
|  |  |  |
| **Telefon** | **Mobil** | **Adresse (Straße, Postleitzahl, Ort)** |
|  |  |  |
| **Bildung**  |
|  |
| **Arbeits- oder Berufserfahrung** |
|  |

|  |
| --- |
| **GESELLSCHAFTSDATEN (für den Fall, dass Sie bereits eine Gesellschaft gegründet haben, für die Sie****Unterstützung beantragen):** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Umsatzsteuer-Identifikationsnummer** | **Name des Unternehmens** | **Rechtsform** |
|  |  |  |
| **Standpunkt** | **Kontaktperson** | **E-Mail** |
|  |  |  |
| **Telefon** | **Haupttätigkeit** | **Datum der Unternehmenssgründung** |
|  |  |  |
| **Adresse (Straße; Postleitzahl; Ort)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Sie beantragen, Informationen und/oder vom NAMEN DER INSTITUTION kostenlose Beratung zu folgenden Themen zu erhalten** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gruppe von Diensten** | **Kurzbeschreibung der gewünschten Dienstleistungen** |
| Ihr Unternehmen gründen |  |
| Ihr Unternehmen führen |  |
| Ihr Unternehmen finanzieren |  |
| Ihr Unternehmen beenden |  |

***Grundlegende Informationen zum Datenschutz***

***Vertraulichkeit und Datenschutz:*** *Steinbeis-Transferzentrum Ost-West-Kooperationen ist für die Verarbeitung der zur Verfügung gestellten persönlichen Daten verantwortlich.* ***Zweck der Verarbeitung:*** *Beantwortung Ihrer Anfrage und Verwaltung der Art der Beziehung, die Sie mit uns unterhalten.* ***Legitimierung der Behandlung:*** *Einwilligung des Betroffenen.* ***Empfänger der Daten:*** *Es werden keine Daten an Dritte weitergegeben, es sei denn, dies ist gesetzlich vorgesehen.* ***Rechte:*** *Sie haben das Recht, auf die Daten zuzugreifen, sie zu berichtigen und zu löschen, indem Sie mit uns in der E-Mail Kontakt aufnehmen (info@stz-ost-west.de).*

* Ich habe die in den Grundlegenden Informationen zum Datenschutz aufgeführten Bedingungen gelesen und akzeptiere sie. Um Ihre Serviceanfrage bearbeiten zu können, müssen Sie dieses Feld markieren.

|  |  |
| --- | --- |
| **Unterschrift der Antragstellerin** |  |
| Name: |  |