



DIÖZESANHEILIGTUM „ROSA MYSTICA MUTTER DER KIRCHE“
DIÖZESE BRESCIA



Name der Gruppe _____

Name des Leiters der Gruppe _____

Adresse _____

Tel. _____

E-mail _____

REFERENZ DES PRIESTERS

Name und Familienname _____

Adresse _____

Tel. _____

E-mail _____

RESERVIERUNG / BESUCH FÜR DEN TAG

Tag ____/____ / _____ Uhr _____

Eucharistiefeier JA NEIN

Name des Zelebranten _____

**BITTE BEACHTEN SIE, DASS DER ZELEBRANT DER KIRCHLICHE
IDENTITÄTSKARTE PRÄSENTIEREN SOLL**

Gemäß und für die Zwecke der Gesetzgebungssysteme, einschließlich Artikel 13
und 14 der Verordnung (EU) 2016/679, durch Unterzeichnung dieses Formulars,
ERLAUBE ICH

Die Verarbeitung der bereitgestellten personenbezogenen Daten DATUM ____ /
____ / _____

LESBARE UNTERSCHRIFT _____