

Registrierung zur Nutzung des Eltern-Kind-Arbeitszimmers (EIKAz)

| | | |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Vorname, Name | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Matrikel-Nr. (nur für Studierende) | <input type="text"/> | |
| Telefon, E-Mail | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name und Geburtsdatum des Kindes | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name und Geburtsdatum des Kindes | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Registrierung für (Mehrfachnennung möglich)

EIKAz Campus Kaiserslautern: Gebäude B, Raum A 104/105

EIKAz Campus Zweibrücken: Gebäude G Raum 213

Hiermit registriere ich mich für die Nutzung des EIKAz und bestätige, die Nutzungsordnung zur Kenntnis genommen zu haben und entsprechend bei jeder Nutzung des EIKAz zu beachten.

Datenschutzhinweise:

Die Daten dienen zur Überprüfung einer grundsätzlichen Nutzungsberechtigung des Eltern-Kind-Zimmers sowie zur Kontaktaufnahme via E-Mail oder Telefon und zur Übersendung des Zugangscodes (ZW).

Die Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b) und e) DSGVO verarbeitet.

Die Daten werden gemäß § 2 Abs. 3 HochSchG mit dem Ziel erhoben, die Mitglieder der Hochschule bei der Vereinbarkeit von Beruf/Studium und Familie zu unterstützen. Ihre Daten werden nach Exmatrikulation/Ausscheiden aus dem Dienst oder spätestens zwei Jahre nach der Registrierung gelöscht. [LINK INFOBLATT](#)

Ort _____, den _____ Datum _____ Unterschrift Nutzer*in _____

Bitte senden Sie dieses Formular **vor** Nutzung des EIKAz per E-Mail an:

familienservice@hs-kl.de

Kontakt: Isabell Lobert Campus Zweibrücken C104, 0631/3724-5529 familienservice@hs-kl.de