

ANMELDEFORMULAR

Kindernotfallkurs

Datum: Sa. 12.10.2024

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

| | | | |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Titel: | | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| Zahnärztenummer: Bitte unbedingt angeben! | | | |
| Vorname: | | | |
| Nachname: | | | |
| <u>Rechnungsadresse:</u> | | | |
| Institution/Ordinationsname | | | |
| Straße, Hausnummer | | | |
| PLZ / Ort | | | |
| (Mobil)Telefonnummer: | | | |
| E-Mail-Adresse: | | | |
| Ich bin Mitglied der ÖGZMK: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich bin Mitglied der ÖGKiZ: (Wenn nein): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich möchte Mitglied der ÖGKiZ werden: | <input type="checkbox"/> ja (siehe Infos unter www.kinderzahnmedizin.at) | | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte ankreuzen!

- Zustimmung Datenverarbeitung:**
 Ich stimme der elektronischen Speicherung und Verarbeitung obiger Daten durch die ÖGKiZ zu administrativen Zwecken gemäß der Datenschutzrichtlinie zu. Ich erteile der ÖGKiZ die Erlaubnis, meinen Namen und Adresse zum Zweck der Anerkennung von Fortbildungspunkten im Rahmen des zahnärztlichen Fortbildungsprogrammes an die Österreichische Zahnärztekammer (ÖZÄK) weiter zu leiten. Sämtliche Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.
- Zustimmung Marketing:**
 Um meiner zahnärztlichen Fortbildungspflicht nachkommen zu können, stimme ich dem Erhalt werblicher E-Mails (Infos über Fort- und Weiterbildungen) der ÖGKiZ zu. Sämtliche Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.
- Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen der ÖGKiZ (ersichtlich unter: www.kinderzahnmedizin.at).**

ACHTUNG: Ihre Anmeldung ist nur gültig, wenn Sie oben angeführte Zustimmungen erteilt haben!

Datum:

Unterschrift und Firmenstempel: