Österreichische Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
ZVR 181816709
Innsbrucker Bundesstraße 35
A-5020 Salzburg
Tel: +43 (0)660-429 4829
Mail: office@kinderzahnmedizin.at

10. KOMPAKTKURS KINDERZAHNHEILKUNDE 2018/2019
ANMELDEFORMULAR

Termine:
Block 1: Mi. 10.10.2018 – Sa. 13.10.2018 Kursort: **ZAFI Wien**
Block 2: Mi. 30.01.2019 – Sa. 02.02.2019 Kursort: **PMU Salzburg**
Block 3: Mi. 03.04.2019 – Sa. 06.04.2019 Kursort: **Univ. Klinik Graz**

Anmeldeschluss: 10.09.2018

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Kompaktkurs Kinderzahnheilkunde der ÖGK an:

Titel:	
Vorname:	
Nachname:	
Rechnungsadresse:	
Institution:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ : Ort:	
(Mobil)Telefonnummer:	
E-Mail Adresse:	
Homepage:	
Ich bin Mitglied der ÖGZMK:	ja /nein
Ich bin Mitglied der ÖGK:	ja /nein
Wenn nein: Ich möchte Mitglied der ÖGK werden:	ja /nein (siehe Infos unter www.kinderzahnmedizin.at)

☐ **Zustimmung Datenverarbeitung**:
Ich stimme der elektronischen Speicherung und Verarbeitung obiger Daten durch die ÖGK zu administrativen Zwecken gemäß der Datenschutzrichtlinie zu. Meine Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

☐ **Zustimmung Marketing:**
Ich stimme dem Erhalt werblicher E-Mails der ÖGK zu. Meine Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. Ich stimme außerdem zu, dass Fotos, die während des Kompaktkurses von der ÖGK gemacht werden auf der Homepage der ÖGK und auf der ÖGK Facebook Seite veröffentlicht werden dürfen. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

☐ **Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen der ÖGK.**

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

Datum: Unterschrift/Stempel: