

ÖGKiZ Refresher, Wissen trifft Wellness, St. Gilgen

ANMELDEFORMULAR

Datum: Samstag, 28.05.2022, 09:30 – 15:30

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Refresher Kurs der ÖGKiZ an:

Titel:	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
Zahnärztenummer: Bitte unbedingt angeben!		
Vorname:		
Nachname:		
Rechnungsadresse:		
Institution:		
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	<input type="checkbox"/> nein (siehe Infos unter www.kinderzahnmedizin.at)

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: