

Anmeldeformular 2019

Seminar Zusatzqualifikation für PTA "Orale Tumorthherapie"

Titel, Vor- und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Firma: _____ Beruf: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Für die Anmeldebestätigung und kurzfristige Informationen benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse:

Kostenübernahme erfolgt durch: Arbeitgeber Teilnehmer (Anschrift siehe oben)

Bitte ankreuzen

Thema/ Datum	Seminargebühr	Früh/Gruppe
Zusatzqualifikation für PTA "Orale Tumorthherapie" 17.-18.05.2019	359,- € zzgl. 19% MwSt.	319 ,- € zzgl. 19% MwSt.

Datenschutz

Die für diese Registrierung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer/ Email, werden allein zum Zwecke der Durchführung des Vertrags- verhältnisses verarbeitet, vgl. Art. 6 EU-DSGVO.

Für jede darüber hinaus gehende Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten sowie die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es Ihrer Einwilligung.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, Einladungen für zukünftige Veranstaltungen von uns zu erhalten. Sofern Sie dies nicht wünschen, streichen Sie bitte diesen Satz.

Hiermit willige ich ein, dass meine Kontaktdaten im Rahmen des Seminars allen Teilnehmern und Referenten zur Verfügung gestellt werden dürfen

Datum, Ort

Unterschrift