

ANMELDEFORMULAR

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Fortbildung an:

Name des Kurses bzw. der Fortbildung:

Anmeldedatum:

Persönliche Daten:

Registrierungstyp:

Anrede: Frau Herr divers

Vorname:

Nachname:

Titel:

Zahnärztenummer:

Ich bin ÖGKiZ Mitglied: ja nein

Rechnungsadresse:

Ordinationsname bzw. Institut:

Straße/Hausnr.:

PLZ:

Ort:

Land:

Telefon:

Email:

Ich möchte ÖGKiZ Mitglied werden: ja (alle Infos zur Mitgliedschaft: www.kinderzahnmedizin.at)
 nein

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) weiterzuleiten. Sämtliche Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

Ich stimme zu:

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 stimme zu:

Zustimmung AGB:

Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen der ÖGKiZ (ersichtlich unter: www.kinderzahnmedizin.at) gelesen und akzeptiere diese.

Ich stimme zu:

Achtung:

Ihre Anmeldung ist nur gültig, wenn Sie oben angeführte Zustimmungen erteilt haben.
Bitte nutzen Sie den "Formular senden" Button, um das Formular zu übermitteln.

DANKE FÜR IHRE ANMELDUNG