ÄRZTE KAMMER FÜR TIROL

TEILNEHMERLISTE

DFP

Veranstaltung:	
ID der Veranstaltung:	**(bitte unbedingt ausfüllen!)**
Termin:	
Ort:	

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.

Barcode bzw. ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Tirol weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktestand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich gegenüber der Ärztekammer für Tirol jederzeit widerrufen.