



Einverständniserklärung zur Adressveröffentlichung

Ich / Mitarbeiter meiner Praxis/Einrichtung habe(n) am Deutschen Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie an der Fortbildung „Therapie bei Juveniler idiopathischer Arthritis“ teilgenommen.

Ich bin mit der Veröffentlichung der unten genannten Daten, im Rahmen einer digitalen **Therapeutenliste**, bis auf schriftlichen Widerruf, im Internet einverstanden.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Danke!)

Name Fortbildungsteilnehmer: _____

Grundkurs _____
(Monat /Jahr)

Aufbaukurs _____
(Monat /Jahr)

Profession: Physiotherapeut
 Ergotherapeut
 Masseur / med. Bademeister

Praxisname _____

Str., Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

- Ich wünsche eine Überprüfung meiner Daten (alle 1-2 Jahre), und kann hierfür unter oben* /unten* genannter E-Mail-Adresse bis auf schriftlichen Widerruf angeschrieben werden.
*(*bitte streichen!)*
- Ich möchte bis auf Widerruf mit oben* / unten* genannter E-Mail-Adresse in den Newsletter der Klinik aufgenommen werden, um über Fortbildungen, Vorträge und Veranstaltungen der Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen informiert zu werden.
*(*bitte streichen!)*

_____ abweichende E-Mail-Adresse, (wird nicht veröffentlicht!)

_____ Datum, Ort

_____ Stempel, Unterschrift Praxisleitung

Einverständniserklärung zum Download: www.rheuma-kinderklinik.de/service/downloadbereich

Bitte zurück an:
Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen gGmbH
- z. Hd. Physiotherapie -
Gehfeldstr. 24
82467 Garmisch-Partenkirchen

per Fax:
08821-73916

per Mail:
georgi.mathias@rheuma-kinderklinik.de