



Anmeldung für externe Teilnehmende

Bitte richten Sie Ihre Anmeldung an die Ansprechperson des Veranstaltungsorts.

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Veranstaltung an:

Titel der Fortbildung

Datum der Fortbildung

Ort der Fortbildung

Meine Angaben:

Titel, Vor- und Zuname

Anschrift

E-Mail (bitte unbedingt angeben)

Telefon privat/dienstlich

Abteilung

Berufsbezeichnung

Ich komme aus der Einrichtung:

Name der Einrichtung

Anschrift

E-Mail (bitte unbedingt angeben)

Rechnungsstellung soll erfolgen an:

den Teilnehmenden die Einrichtung



Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Akademie des Ortenau Klinikums die oben genannten personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung der Seminare und der Zertifikatserstellung an folgende Empfänger weitergeben darf: die Referenten, die die Veranstaltung durchführen, die MVZ des Ortenau Klinikums, die ZEQ AG Unternehmensberatung, die VWA Verwaltungs- und Wirtschafts-Akademie, die AFMP (Fortbildungsinstitut für Angewandte Fixiertechnik in Medizin und Pflege GmbH), die DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin), das ERC (Erste deutsche Kurszentren für Advanced Life Support) und die Kinaesthetics Deutschland. Sollten Sie uns Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung nicht erteilen, dann hat dies zur Folge, dass wir leider keine Buchung vornehmen können. Weitere Informationen zu der Einwilligungserklärung und zu der Datenverarbeitung zum Zwecke der Buchung, Organisation und Durchführung der Veranstaltung sind auf der Rückseite des Formulars angegeben.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die Akademie des Ortenau Klinikums meine personenbezogenen Daten, Vor- und Nachname, an meinen Arbeitgeber weitergibt und verarbeitet, damit dieser Kenntnis über meine Teilnahme erhält.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit formlos, ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Anmeldemodalitäten, Datenschutzinformationen und Betroffenenrechte abrufbar (siehe Seite 121) aufgeklärt wurde und diese zur Kenntnis genommen habe.

Datum, Name in Druckbuchstaben

Unterschrift