

## NACHWEIS TEILNAHME UND EINWILLIGUNG DATENNUTZUNG

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.

Name Teilnehmer/in	Anschrift (Str/PLZ/Ort)	Telefon	email
Name Praxis	Anschrift (Str/PLZ/Ort)	Telefon	email

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben und dienen **in erster Linie zum Veranstaltungsnachweis**. CMD aix weist ausdrücklich darauf hin, dass Ihre Daten **nicht an Dritte** weitergeleitet werden und gemäß DSGVO vertraulich behandelt werden.

### EINWILLIGUNG IN DIE DATENNUTZUNG ZU WEITEREN ZWECKEN

Ich möchte in das **CMD aix Therapeutennetzwerk** aufgenommen werden (Name und Praxisanschrift).  
(ab Advanced Level möglich)

Gemäß DSGVO sind Sie jederzeit berechtigt, gegenüber CMD aix umfangreiche **Auskunftserteilung** zu Ihren personenbezogenen Daten zu ersuchen. Ebenso können Sie jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift