

Anmeldung (Vorlage bitte einmal pro Person verwenden)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und per Fax an 07153 / 26279 oder per E-Mail an kontakt@gqmed.com senden.

Kursdaten * Pflichtfelder

Kurskürzel*		Kursdatum*	
-------------	--	------------	--

Anmeldedaten

Anrede*	☐ Frau ☐ Herr ☐ neutral		
Berufsbezeichnung*	☐ Ärztin / Arzt ☐ MPE ☐ MTR ☐ MFA ☐ _____		
Fachrichtung			
Titel	☐ Prof. Dr. ☐ Dr. ☐ Dipl.-Med. ☐ _____		
Vorname*			
Name*			
Geburtsdatum*	____ / ____ / ____		
Geburtsort*			
Private Angaben	Straße*		Nr.*
	PLZ*	Ort*	
	Telefon		
	E-Mail*		
Rechnungsadresse (falls abweichend von Privatadresse) ☐ Rechnung an Privatadresse	Institut		
	Abteilung		
	Ansprechpartner*in		
	Straße	Nr.	
	PLZ	Ort	
Kontaktdaten geschäftlich	Telefon		
	Fax		
	E-Mail*		
☐ Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten genutzt werden, um weitere Termine und Erinnerungen als E-Mail an mich zu senden. Ich weiß, dass ich dies jederzeit widerrufen kann.			

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den AGB einverstanden. Diese sind zu finden unter <https://www.gqmed.de/s/agb>

Die erhobenen Daten sind für die Kurs- bzw. Vertragsdurchführung und die dazugehörigen Nebenleistungen erforderlich.

Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie unter <https://www.gqmed.de/s/datenschutz>

Stempel (falls vorhanden)

Datum, Unterschrift*