

**Personendaten**

Titel, Vorname Name	
Beruf	
PRAXISADRESSE	
Praxisname	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon, Fax	
E-Mail	
Web-Adresse(URL)	
PRIVATADRESSE	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Postsendungen an	<input type="checkbox"/> Praxisadresse <input type="checkbox"/> Privatadresse

Datenspeicherung zum Zwecke einer evtl. DGZH-Zertifizierung

Als Nichtmitglied der DGZH erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Personendaten zusammen mit der Information über absolvierte - und für eine DGZH-Zertifizierung notwendige Kurse - in der Datenbank der DGZH e.V. gespeichert werden.

Datum, Unterschrift

Datenspeicherung zum Zwecke meiner Information über Veranstaltungen der DGZH e.V.

Als Nichtmitglied der DGZH erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Personendaten in der Datenbank der DGZH e.V. gespeichert werden und mir Informationen über Veranstaltungen per Post oder E-Mail zugestellt werden.

Datum, Unterschrift