

TEILNEHMERLISTE



Veranstaltung:

ID der Veranstaltung:

Termin:



ÖÄK-Arztnummer	VOR- und ZUNAME (Blockschrift)	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Teilnahmebestätigung zum Zwecke der Verarbeitung für das online-Fortbildungskonto in die Ärztekammer für Kärnten und an die akademie der ärztinnen und ärzte weitergeleitet wird und ich über meinen DFP-Punktstand informiert werde. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.