

Datenfreigabe

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zum Zweck der Kommunikation innerhalb des Weiterbildungsverbundes an die zuständigen Organisator*innen bzw. Mentor*innen des Verbundes übermittelt wird. Ich erteile diese Freigabe unter der Maßgabe, dass meine E-Mail-Adresse vertraulich behandelt und nicht an andere Stellen weitergegeben wird.

Name:

Vorname:

E-Mail-Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt/Ärztin in Weiterbildung)