



FAX-Antwort an 04950 – 99 07 84

## Seminaranmeldung

Hiermit melde ich mich (Titel, Vorname und Nachname):

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

- Zum Seminar:  Chirotherapie Grundkurs  
 Chirotherapie Aufbaukurs  
 Refresher-Seminar  
 Triggerpunktkurs  
 Positionierungskurs

Kurstermin: \_\_\_\_\_

in Leer/Ostfriesland bei punkt. an.

Den Seminarbeitrag überweise ich umgehend an Dr. Christoph Seeber, Konto 0303688402 bei der Deutschen Apotheker und Ärztebank (BLZ 300 606 01), **IBAN** DE72 3006 0601 0303 6884 02 **BIC** DAAEDED. Genauere Unterlagen erhalte ich nach Eingang des Seminarbeitrags. Um eine eventuell erforderliche Unterkunft kümmere ich mich selbst.

Ich habe den punkt.-Seminarvertrag und die Datenschutzerklärung auf der Internetseite von punkt. gelesen und bin mit den Bedingungen einverstanden. Ich versichere, dass ich selbst keine Kontraindikationen zur Chirotherapie aufweise bzw. vor dem Kurs von mir aus darauf aufmerksam mache und vor Kursbeginn mit Dr. Seeber bespreche.

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

punkt.

neulandstrasse 12 • d-26835 brinkum

fon 04950 - 990783 • fax 04950 - 990784 www.punkt-institut.de • info@punkt-institut.de



## FAX-Antwort an 04950 – 99 07 84

Ich \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,

wohnhaft

---

erkläre mich einverstanden, dass

- punkt. mich betreffende Daten (Name, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummern) zum Zwecke der Vertragserfüllung und der Kontaktaufnahme – Absprachen/Nachrichten über Verschiebungen/Seminar-Ausfälle) verarbeitet und speichert.
- punkt. meine Daten zur Bekanntmachung neuer Seminartermine zur Kontaktaufnahme per E-Mail nutzen darf und mich deshalb kontaktieren darf.
- punkt. meine Daten in Form der elektronischen Fortbildungsnummer an die Ärztekammer Niedersachsen zur Anerkennung von Fortbildungspunkten weitergibt.
- punkt. die erforderlichen Daten (besuchte Seminare etc.) zur Anerkennung der Weiterbildungszeiten an die jeweilige Ärztekammer auf deren Aufforderung weitergibt.
- punkt. meine dienstlichen Kontaktdaten als Empfehlung an Patienten oder Ärzte zur Arztfindung an deren Heimatort/Urlaubsort etc. weitergibt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf punkt-GbR Daten nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen, es sei denn, ein Gesetz schreibt dies zwingend vor.

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

punkt..

---

neulandstrasse 12 • d-26835 brinkum

fon 04950 - 990783 • fax 04950 - 990784 www.punkt-institut.de • info@punkt-institut.de