

Teilnehmerliste der Intervisionsgruppe F20
(Name, Adresse und Originalunterschrift der Teilnehmer)

Ansprechpartner: _____

(Bitte in Druckbuchstaben)

Name	Adresse	Unterschrift
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kammer werden die hierzu erforderlichen Daten gem. §§ 2 und 3 Heilberufsgesetz in Verbindung mit § 3 Abs. 1 HDSIG erhoben und elektronisch gespeichert. Diese Mitteilung erfolgt aufgrund § 31 Abs. 1 Nr. 1 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz). Unsere ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie auf der Kammerwebsite: www.lppkjp.de/datenschutz