

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