

**Teilnehmerliste der Intervisionsgruppe** F20\_\_ - \_\_  
(Name, Adresse, Mitgliedsnummer und Originalunterschrift der Teilnehmer/-innen)



Ansprechpartner/-in:

(Bitte in Druckbuchstaben)

<b>Name</b>	<b>Adresse</b>	<b>Mitgliedsnummer der PTK Hessen</b>	<b>Unterschrift</b>
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 Hessischen Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetzes (HDSIG) erhoben und elektronisch gespeichert. Diese Mitteilung erfolgt aufgrund § 31 Abs. 1 Nr. 1 HDSIG. Unsere ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie auf der [Kammerwebseite](#).