

Fax-Rückantwort

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

per Fax-Nr.: 0511 83391-116

per E-Mail: astruck@zkn.de

Name:

Mitgl.-Nr.:

Um zukünftig noch effektiver über bevorstehende Bezirks- und Kreisstellenversammlungen sowie Bezirksstellenfortbildungen und weitere Termine informiert zu werden, bitte ich um Verwendung folgender Email-Adresse (bitte in Blockbuchstaben ausfüllen):

@

Ja, ich möchte zukünftig den Newsletter der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) erhalten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnärztekammer Niedersachsen mir in unregelmäßigen Abständen Informationen zu den folgenden Themen per E-Mail zuschickt:

- Fachinformationen
- Informationen zu Fortbildungs- und Schulungsveranstaltungen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Name, E-Mail-Adresse) zum Zwecke der Information gespeichert und zur Kontaktaufnahme genutzt werden.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Zahnärztekammer Niedersachsen schriftlich oder per E-Mail widerrufen (Art. 7 Abs. 3 S. 1 DSGVO). Nach dem Widerruf werden die Daten, die auf Grund meiner Einwilligung verarbeitet wurden, unverzüglich gelöscht. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 S. 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift