

Anmeldeformular Famulaturpraxis

Titel, Name und Vorname

Praxisadresse

Landkreis

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Internetseite

Fachliche Ausrichtung:

Allgemeine Zahnheilkunde

Fachzahnarzt für KFO

Fachzahnarzt für Oralchirurgie

Fachzahnarzt für MKG-Chirurgie

Behandlungsschwerpunkte: _____

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Daten ist bei Vorliegen einer Einwilligung des Nutzers Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Ich/Wir willige(n) ein, dass die von mir/uns angegebenen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme durch Studierende, die nach § 15 ZApprO eine Famulatur in meiner/unserer Praxis durchführen möchten, auf der Internetseite der KZV Sachsen (www.zahnaerzte-in-sachsen.de) veröffentlicht werden dürfen. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift