

**Ausbildung zur/zum  
Datenschutzbeauftragten in der  
Arztpraxis**

Ausbildung zur/zum Datenschutzbeauftragten in der  
Arztpraxis

SEMINAR NR. 606

Datum/Uhrzeit: 04.12.2023 bis 07.12.2023  
10:00 bis 14:30 Uhr

Ort: Online, ,

Dozent(in): DeltaMed Akademie  
Dipl.-Betriebswirt

Preis zzgl. MwSt: 520,00 € / Tln. - steuerlich absetzbar -

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite:

[www.kvwl-consult.de](http://www.kvwl-consult.de)

oder rufen Sie uns an: 0231-9432-3954

Nach Absprache bieten wir Ihnen ausgewählte Seminare als  
Inhouse-Seminare auch vor Ort an!

# A N M E L D U N G

Bitte Privatschrift der Teilnehmer in Blockschrift eintragen - Danke !

1. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Titel:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

\_\_\_\_\_  
Email:

2. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Titel:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

\_\_\_\_\_  
Email:

3. \_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Titel:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

\_\_\_\_\_  
Email:

Senden Sie dieses Formular per Email oder Fax an:

[kvwl-consult@kvwl.de](mailto:kvwl-consult@kvwl.de)  
0231-9432-83959

**I N F O R M A T I O N** für den Rechnungsempfänger:

Nach erfolgtem Seminarbesuch erhalten Sie eine Rechnung,  
die innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt zu bezahlen ist.

Der Rechnungsempfänger erhält eine Buchungsbestätigung  
per Fax - sollten Sie eine Buchungsbestätigung per Briefpost  
wünschen, kreuzen Sie bitte dieses Feld an:

Rechnungsanschrift :      Praxisstempel oder Adresse bitte in Blockschrift :

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort:

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die auf der Internetseite:

[www.kvwl-consult.de](http://www.kvwl-consult.de)

veröffentlichten Teilnahme- und Zahlungsbedingungen der  
KVWL Consult GmbH und habe die dort veröffentlichte  
Information zur Erhebung der personenbezogenen Daten nach  
Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: