

Registrierungs-/Mitglieds-Nr. (wird vom Verband ausgefüllt) | | | | |

Hinweis: Der Aufnahmeantrag kann am Bildschirm ausgefüllt werden, danach bitte den unterschriebenen Originalausdruck an unten stehende Adresse senden. Oder das PDF ausdrucken und per Hand ausfüllen und danach das Original versenden.

Ich wünsche (weiterhin) eine Veröffentlichung.

Praxis oder berufliche Angaben

Praxisname	
Name	Vorname
Land	PLZ und Wohnort
Straße und Hausnummer	
Telefon	Mobil-Telefon
Telefax	E-Mail

Speicherung der Daten

- Mit der Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner oben angegebenen Daten durch den DFH zur Veröffentlichung auf der Internetseite des DFH e. V. sowie im Rahmen der Mitgliederverwaltung bin ich einverstanden. Ich werde darüber informiert, dass diese Einwilligung jederzeit ohne Nachteile widerrufen werden kann – wobei dann auch eine Entfernung meiner Kontaktdaten von der Internetseite des DFH erfolgt. Einer Weitergabe der Daten an Dritte stimme ich nicht zu.

Ort, Datum und Unterschrift