



N.E.T.Z.

Praxis für Logopädie und

Entwicklungsbegleitung

Constanze Wittich B.Sc.

# ANMELDUNG

Kurs Nr.: ..... Kurs Datum: .....

Kurs Gebühr: .....

Thema: .....

.....

Name: ..... Vorname: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ ,Ort: ..... Tel.: .....

E-Mail: ..... Beruf: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

Für unseren Catering bitte angeben: vegetarisch  ja  nein

Ja, sollte(n) die von mir gewünschte(n) Kurs(e) bereits belegt sein, bitte ich um Aufnahme in die Warteliste.

Ja, ich möchte kostenlos via E-Mail über neue Kursangebote von Ihnen informiert werden.

Ich willige ein, dass meine Daten wie Name, Adresse, Berufsbezeichnung, Mail Adresse, Tel.-Nr. von Ihnen automatisiert erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Wir beachten die Vorgaben der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zur Vertragserfüllung speichern und nur bei gesetzlicher Verpflichtung an Dritte weitergeben.