

Akademie für Handrehabilitation  
Schloßplatz 1  
31812 Bad Pyrmont

**Einverständniserklärung für die Veröffentlichung der persönlichen Daten für die Rubrik  
"Kompetenzpraxis Handrehabilitation und Handtherapie der AfH" auf der  
www.handakademie.de oder im Bezug anderer Medienbereiche**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine folgenden Daten zwecks Weiterbearbeitung meines Antrages elektronisch gespeichert und auf der Internetseite www.Handakademie.de veröffentlicht werden. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht.

Sie können Ihre Daten jederzeit durch E-Mail an [info@Fortbildung-AFH.de](mailto:info@Fortbildung-AFH.de), per Fax an 05281/959767-3 oder Postweg aus unserer Datenbank löschen oder ändern lassen.

Praxis / Klinik \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift