



An

Medical Valley Digital Health Application Center
Promenadestraße 6a
D-96047 Bamberg

**Bitte lassen Sie uns Ihre nachfolgende
Einwilligungserklärung unbedingt im
Original unterschrieben zukommen.**

Sofern Sie hierzu einen frankierten
Rückumschlag benötigen, wenden Sie sich
bitte an info@mv-dmac.de oder telefonisch
an **+49 951 964 300 65**. Vielen Dank!

Einwilligungserklärung

„Neueste Forschungsaktivitäten bei der Parkinson-Versorgung“

_____ Vorname	_____ Nachname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße und Hausnummer	_____ PLZ	_____ Ort
_____ Telefonnummer	_____ E-Mail-Adresse (sofern vorhanden)	

Hiermit erkläre ich mich einverstanden über weitere Aktivitäten informiert zu werden. Ich nehme gerne an weiteren Diskussionen, Workshops und Studien teil, um die neuesten Entwicklungen und Lösungen als Patient unterstützen zu können.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift
---------------------	-----------------------

Datenschutzeinwilligung

Bitte beachten Sie, dass die Veranstalter Ihre Daten und Angaben zur Organisation der Veranstaltung (Terminereinbarung, Hinweis auf weitere Veranstaltungen, Weitergabe an Veranstaltungspartner, Erstellung von Teilnehmerlisten und Namensschildern, Aufbewahrung der Daten zur Abrechnung von Fördermitteln) elektronisch verarbeiten werden.

Durch die Auslage von Teilnehmerlisten bei der Veranstaltung können ggf. Ihre Daten auch von anderen Veranstaltungsteilnehmern eingesehen werden. Im Rahmen der Veranstaltungen, behalten sich die Veranstalter vor, Bild- und Tonaufnahmen von Referenten, Beteiligten und Gästen zu Zwecken der Presseberichterstattung und Öffentlichkeitsarbeit zu erstellen, zu verarbeiten und zu verbreiten, soweit diese nicht im Einzelfall widersprechen. Hierauf wird sowohl im Rahmen der elektronischen Veranstaltungsanmeldung als auch am Veranstaltungsort in geeigneter Weise hingewiesen.

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine einfache Erklärung, zum Beispiel durch eine Erklärung per E-Mail an info@mv-dmac.de widerrufen kann.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift
---------------------	-----------------------