

## Datenfreigabe

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zum Zweck der Kommunikation innerhalb des Weiterbundesverbundes an die zuständigen Organisator\*innen bzw. Mentor\*innen des Verbundes übermittelt wird. Ich erteile diese Freigabe unter der Maßgabe, dass meine E-Mail-Adresse vertraulich behandelt und nicht an andere Stellen weitergegeben wird.

Name:

---

Vorname:

---

E-Mail-Adresse:

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Arzt/Ärztin in Weiterbildung)