

## Anmeldeformular für Veranstaltungsangebote des Gesundheitscampus Universitätsmedizin Frankfurt Rhein-Main

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular an:  
doerte.gesell@ukffm.de oder nicole.bals-martin@ukffm.de

### PERSÖNLICHE DATEN

Titel:

Name:

Vorname:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Firma/Organisation:

### VERANSTALTUNGSDATEN

Titel der Veranstaltung:

Datum der Veranstaltung:

### Zustimmung zur Datenschutzerklärung und Einwilligung zur Nutzung personenbezogener Daten:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine oben angegebenen persönlichen Daten im Rahmen des weiteren Anmelde- und Teilnahmeverfahrens verwendet werden dürfen.

Ich stimme zu.

---

Datum, Unterschrift Teilnehmer/in