
Vor- und Nachname

Zusatz

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Tierärztekammer Niedersachsen

Fichtestraße 13

30625 Hannover

Fax: **0511 / 655 118 28**

Email: **mail@tknds.de**

Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a EU-DSGVO zur Veröffentlichung von Geburtstagsdaten

Hiermit willige ich ein, dass mein Geburtstagsdatum zusammen mit meinem Namen im Deutschen Tierärzteblatt anlässlich meines Geburtstages veröffentlicht wird. Gleichzeitig willige ich damit zur Übermittlung dieser Daten durch die Tierärztekammer Niedersachsen an den Deutschen Ärzteverlag ein, sofern diese Datenverarbeitung nicht aufgrund gesetzlicher Grundlagen an sich zulässig ist.

Datum, Ort

Unterschrift

**Diese Einwilligung kann jederzeit in Textform widerrufen werden.
In dem Falle ist der Widerruf unter Nutzung einer der im Kopf
genannten Kontaktmöglichkeiten an die Tierärztekammer
Niedersachsen zu senden.**