

Rückantwort Therapeutenverzeichnis Ottobock Website

an die **Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH, Fax-Nr. +49 (0) 5527 848-1414**

Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH
 Stammdatenstelle
 Max-Näder-Str. 15
 37115 Duderstadt
 E-Mail: erika.kirchberg@ottobock.de

Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass die Daten von der Firma Otto Bock HealthCare GmbH gespeichert und auf der Website www.ottobock.de im Bereich Therapeutenverzeichnis veröffentlicht werden. **Relevante Änderungen, wie z.B. Mitarbeiterwechsel oder Firmenwechsel, müssen der Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH unverzüglich mitgeteilt werden!** Das Therapeutenverzeichnis ist nicht rechtsverbindlich und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit bzw. Aktualität. Die Angaben, welche Seminare für Ottobock Produkte besucht wurden, beruhen auf freiwilligen Informationen der Therapeuten.

Bitte tragen Sie Ihre Angaben in Blockschrift so ein, wie sie auf der Website erscheinen sollen.

Frau	<input type="checkbox"/>	Herr	<input type="checkbox"/>	Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Berufsbezeichnung*	<input type="text"/>						
Praxisname / Institut*	<input type="text"/>						
Straße, Hausnummer*	<input type="text"/>						
Land, Postleitzahl, Ort*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>						
Fax	<input type="text"/>						
E-Mail	<input type="text"/>						
Internet-Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Pflichtfeld

Es besteht eine Kooperation mit folgendem / n Sanitätshaus / -häusern: (freiwillige Angaben)

Firma	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Internet-Adresse	<input type="text"/> www.

Firma	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Internet-Adresse	<input type="text"/> www.

Teilnahme an folgenden Ottobock-Seminaren:

Prothesen – untere Extremität		Datum*
PuE-07a	Basisseminar: Gehschule für Beinamputierte
PuE-10	Gehschule für Hüftexartikulierte und Hemipelvektomierte
PuE-13	Therapeutenschulung: Kenevo – Genium
PuE-21	Therapeutenschulung: Elektronische Prothesenfüße
Prothesen – obere Extremität		
PoE-03	Myoelektrische Armprothesensysteme Grundlagen für die Therapie mit Tipps und Tricks für den Therapeuten
PoE-07	Zertifizierungsseminar: Axon-Bus Prothesensystem MyoBock Expertentreffen
PoE-10	Zertifizierungsseminar: bebionic-Hand
NeuroRehabilitation		
Ort-05	Therapeutenschulung: für standphasenkontrollierte Orthesen-Systeme

* Bitte durch eine Kopie der Teilnahmebestätigung nachweisen, da ansonsten keine Zuordnung möglich ist.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und stimme nachfolgend den aufgeführten Verwendungszwecken meiner Daten zu:

- Ansprechewege:**
- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> elektronisch (bitte E-Mail-Adresse angeben) | <input type="checkbox"/> postalisch | <input type="checkbox"/> telefonisch |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Newsletter (bitte E-Mail-Adresse angeben) | <input type="checkbox"/> Produktinformation | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Gewinnspiele | <input type="checkbox"/> Einladung zu Messen | |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Studien / Auswertungen | <input type="checkbox"/> Umfragen | |
| | | |

Ich stimme zu, dass meine angegebenen Daten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen durch die Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen Auskunft über meine bei Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH gespeicherten Daten erhalten, diese sperren, berichtigen oder löschen lassen. Ich behalte mir das Recht vor, jederzeit die der Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH erteilten Einwilligung zur Datenerhebung und Verwendung meiner Daten ohne Angaben von Gründen unter prothetik@ottobock.de zu widerrufen. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an Dritte, außerhalb der Otto Bock Geschäftsstellen, untersage ich, sofern dies nicht zur Erbringung der Dienstleistung oder zur Vertragsdurchführung durch die Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH notwendig ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Firmenstempel