

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Fr. Pfeifer / Hr. Bauer / Fr. Goldmann  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

**Ansprechpartner**

Sabrina Pfeifer 040 22 80 2-858  
Michael Bauer 040 22 80 2-388  
Laura Goldmann 040 22 80 2-574  
Telefax 040 22 80 2-576  
qualitaetsmanagement@kvhh.de

**Anmeldung zu folgendem QM Seminar:**

|                           |                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Seminarthema</b>       | <b>Praxismanager/-in</b>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Datum</b>              | Montag, 30.08.2021 (11:00 bis 17:00 Uhr)<br>Dienstag, 31.08.2021 (09:00 bis 17:00 Uhr)<br>Mittwoch, 01.09.2021 (09:00 bis 17:00 Uhr)<br>Donnerstag, 02.09.2021 (09:00 bis 17:00 Uhr)<br>Freitag, 03.09.2021 (09:00 bis 14:00 Uhr) |
| <b>Veranstaltungsort</b>  | KV Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg                                                                                                                                                                                      |
| <b>Teilnahmegebühr</b>    | 650,- € (inkl. Seminar Getränke und Imbiss)                                                                                                                                                                                       |
| <b>Fortbildungspunkte</b> | 24 CME                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Zielgruppe</b>         | Medizinische Fachangestellte mit Führungsverantwortung                                                                                                                                                                            |
| <b>Referenten</b>         | Firma DeltaMed Süd GmbH & Co. KG                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Hinweis</b>            | Das Seminar findet ab 10 Teilnehmern statt.                                                                                                                                                                                       |

**Teilnehmerangaben (Druckbuchstaben):**

| Vorname | Nachname | Geschlecht               |                          |
|---------|----------|--------------------------|--------------------------|
|         |          | m                        | w                        |
|         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|         |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Praxisdaten / Rechnungsadresse:**

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Corona Pandemie**

Aufgrund der aktuellen Corona Pandemie können wir nicht garantieren, dass das Seminar als Präsenzveranstaltung durchgeführt werden kann. Ersatzweise wird das Seminar als Webinar angeboten.

Über die Teilnahme an dem Webinar bin ich:

- ☐ einverstanden  
☐ nicht einverstanden

## Datenschutz Hinweis

### Namen und die Kontaktdaten des Verantwortlichen

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

### Gesetzlicher Vertreter

Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung

Tel: 040-228020

Fax: 040-22802420

E-Mail: kontakt@kvhh.de

### Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Tel: 040-22 802 - 0

E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvhh.de

### Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen

Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitungen von Veranstaltungen, insbesondere der Versand

### Rechtsgrundlage für die Verarbeitung

Einwilligung der betroffenen Person (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO)

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Deltamed Süd GmbH & Co. KG

### Speicherungsdauer

Die Daten werden 8 Wochen nach vollständigen Abschluss der Veranstaltung gelöscht.

### Rechte der betroffenen Person

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien und Hansestadt Hamburg

Ludwig-Erhard-Str 22, 7. OG

20459 Hamburg

Tel.: 040 / 428 54 - 4040

Fax: 040 / 428 54 - 4000

E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

### Weitere Hinweise

Ihre personenbezogenen Daten werden nicht an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt. Eine Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben oder für einen Vertragsabschluss erforderlich.

Sie sind nicht verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Sollten Sie Ihre Daten nicht bereitstellen, ist eine Anmeldung zu den Veranstaltungen nicht möglich.

Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling besteht nicht.

---

Arztstempel

---

Unterschrift