

## Einverständniserklärung zur Veröffentlichung meiner Kontaktdaten zur Vermittlung als DCA-geschulter Therapeut

Die untenstehende Einverständniserklärung dient Ihrer Aufnahme in die offizielle und kostenfreie Vermittlung von DCA-kompetenten Therapeuten an Patienten auf unserer Website „DCA-Das Immunvitamin“. Ihre untenstehenden Angaben werden auf unserer Website sichtbar gemacht, damit Sie direkt von Patienten (in Ihrer Nähe) gefunden und kontaktiert werden können. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir zwecks Vereinheitlichung des Auftritts der Therapeuten Pflichtfelder eingeführt haben, ohne die eine Teilnahme nicht möglich ist.

### Angaben zur Veröffentlichung

Alle \* Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.

Name *	
Vorname *	
Straße, Hausnr. *	
PLZ, Ort, Staat *	
Email *	
Telefon *	
Website	
Zulassung als *	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Zahnarzt <input type="checkbox"/> Andere: _____
Spezialisierung	
<p>Hiermit stimme ich der Erfassung der obigen Daten in der Zentralkartei im DCA-Netzwerk zu. Ferner wünsche ich im Rahmen der Therapeutenvermittlung auf der Webseite von „DCA-Das Immunvitamin“ (aktuell unter <a href="http://www.immunvitamin.de">www.immunvitamin.de</a>) die Veröffentlichung meiner obigen Daten zur freien Einsicht. Dieser kostenfreie Vermittlungsdienst besteht bis auf Widerruf durch den Unterzeichneten oder durch DCA-Das Immunvitamin / Heilpraxis Vlcek.</p> <p>Datum, Unterschrift: _____</p>	

Rücklauf bitte an die untenstehenden Kontaktdaten als:

**Brief:** DCA – Das Immunvitamin, Dr. Köberle Str. 8a, 83125 Eggstätt

**Fax:** +49-(0)8056-90 39 37