

# Einladung

Fortbildung für Ärzte & Apotheker in der Substitution

## Referent

## Veranstaltungszeit

## Veranstaltungsort

Mit dieser Fortbildung möchten wir Ihnen die Behandlung von Substitutionspatienten mit Subutex<sup>®</sup> Depot vorstellen und die Gelegenheit geben, sich untereinander über klinische Erfahrungen auszutauschen.

### **Wir freuen uns sehr auf Ihr Kommen.**

Bitte schicken Sie die beigefügte Anmeldung bis zum

an die angegebene

Faxnummer oder E-Mail.

Mit freundlichen Grüßen,

# Antwort

An:

## Anmeldung

Ja, ich nehme an der suchtmedizinischen Fortbildung am \_\_\_\_\_ teil.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Praxis/Klinik (Stempel)

Sollten Sie trotz Anmeldung nicht teilnehmen können, bitten wir Sie, uns rechtzeitig zu informieren! Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter folgenden Mobilfunknummern:

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die hier angegebenen personenbezogenen Daten von Indivior Deutschland GmbH gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO gespeichert und ausschließlich für folgende Zwecke verarbeitet und genutzt werden: (1) für die Erstellung und den Versand von zukünftigen Veranstaltungseinladungen und Newslettern (postalisch, per Fax oder per E-Mail). und (2) für das Veranstaltungsmanagement (Teilnehmerlisten etc.). Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.