

Bitte geben sie einen kurzen Bericht über Ihre bisherige Ausbildung
 (learning-by-doing, gelernt von, Zusammenarbeit mit, Besuch von Schulen und Seminaren, o.ä.)

Wie viele Behandlungen von Pferde­zähnen führen
 Sie **durchschnittlich in der Woche** durch?

Ich bin einverstanden, dass folgende Daten entsprechend meiner angaben im Rahmen der Mitgliederlisten auf der IGFP-Homepage veröffentlicht werden (**Felder bitte ausfüllen!**):

| | Mitgliederliste im nur für Mitglieder zugänglichen Bereich | Mitgliederliste im öffentlichen Bereich |
|-----------------------|---|---|
| Name, Vorname, Titel: | | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Beruf: | | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| PLZ/Wohnort: | | XXXXXXXXXXXX |
| Land/Bundesland: | | XXXXXXXXXXXX |
| Mitgliedstatus: | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | XXXXXXXXXXXX |
| Strasse/Hausnr.: | | XXXXXXXXXXXX |
| Telefon: | | XXXXXXXXXXXX |
| Mobil: | | XXXXXXXXXXXX |
| Fax: | | XXXXXXXXXXXX |
| Email: | | XXXXXXXXXXXX |
| Homepage: | | XXXXXXXXXXXX |
| Besondere Wünsche: | | XXXXXXXXXXXX |

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift: