

**Online Vortragsreihe  
Online lecture series**

**Titel des Vortrages / Titel of the Presentation:**

**REFERENT\*IN / SPEAKER**

Vor- und Nachname / Name

E-Mail Adresse:

Adresse / Adress:

Telefon / Phone:

Website

**INHALT und LERNZIELE / CONTENT and AIMS**

**ZIELGRUPPE / TARGET GROUP**

**Die Veranstaltung findet Online über Zoom statt  
The event will take place online via Zoom**

## ZEIT / TIME

Bitte nenne uns Deinen Wunschtermin. Bewährt hat sich bisher Sonntagvormittag 10.30 bis 12.00 Uhr. Der Impulsvortrag sollte maximal 15-20 Minuten dauern. Die restliche Zeit ist für Fragen und Diskussion vorgesehen.

Please let us know your preferred date. Sunday mornings from 10:30 to 12:00 have proven to be the best time. The keynote speech should last a maximum of 15-20 minutes. The rest of the time is reserved for questions and discussion.

## Wunschtermine / Preferred dates

## MITZUBRINGEN / WHAT TO BRING

Gute Internetverbindung, funktionierendes Mikrofon und Kamera ggfs. Virtueller Hintergrund.

| Good internet connection, working microphone and camera, virtual background if necessary.

## Veranstalter / Organizer

ta.med, Organisation für Tanzmedizin  
Brüder-Knauß-Straße 81  
64285 Darmstadt  
Telefon +49 175 2837528  
E-Mail: [info@tanzmedizin.com](mailto:info@tanzmedizin.com)  
Website: [www.tamed.eu](http://www.tamed.eu)

## HINWEISE | INDICATIONS

### AKKREDITIERUNG | ACCREDITATION

Teilnehmer\*innen mit ta.med Zertifikat Tanzmedizin werden 1,5 Fortbildungsstunden gutgeschrieben.

| *Participants with a ta.med certificate will be credited with 1,5 hours of training.*

### DATENSCHUTZ | DATA PROTECTION

Mit Übermittlung der obigen Informationen stellen Sie Daten für den Veranstaltungskalender unter [www.tamed.eu](http://www.tamed.eu) zur Verfügung. Näher Information zum Datenschutz finden Sie [hier](#).

| *By submitting the above information, you are providing data for the event calendar at [www.tamed.eu](http://www.tamed.eu). Further information on data protection can be found [here](#).*

## GENEHMIGUNG

An:

ta.med - Tanzmedizin Deutschland e. V.

Brüder-Knauß-Straße 81

64285 Darmstadt

Von:

Namentlich im Dokument genannte Person(en):

Ich / Wir sind mit der Veröffentlichung der obigen Angaben in folgenden Medien von ta.med e. V. Einverstanden:

- ta.med-Website
  
- Soziale Medien / Social media (Facebook, Instagram, X, YouTube, etc.)
  
- Die Genehmigung zur Verwendung eines Portrait Fotos von mir habe ich separat an die Geschäftsstelle geschickt. / I have sent a permission to use a portrait photo of myself separately to the office

Ort, Datum / Date:

Unterschrift(en) / Signature(s):