*Eintragung in die*

*INTERESSENTENLISTE*

*für Kassenverträge Wien*

**Bitte beachten Sie**: Falls Sie sich **in mehreren Bundesländern** für einen Kassenvertrag interessieren, ist eine **separate Eintragung** in der Interessentenliste des jeweiligen Bundeslandes notwendig. Diese Eintragung gilt nur für das Bundesland Wien. Wenden Sie sich in diesem Fall **auch**an die Landeszahnärztekammer im jeweiligen Bundesland.

|  |  |
| --- | --- |
| Titel, Vor- und Nachname: |  |
| Geburtsort und -datum: |  |
| Post / Zustelladresse: |  |
| E-Mail: |  |
| Telefonnummer: |  |
| Facharzt / ärztin für ZMK seit: |  |
| Zahnarzt / ärztin seit: |  |

Ich stimme einer Publikation des Datums meiner Eintragung in diese Interessentenliste auf der Homepage der Landeszahnärztekammer für Wien unter Angabe meiner Zahnarzt-ID-Nummer zu.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

Seite 1 / 2

|  |  |
| --- | --- |
| Kontaktdaten des Verantwortlichen:  Landeszahnärztekammer für Wien  Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien office@wr.zahnaerztekammer.at | Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:  datenschutz@wr.zahnaerztekammer.at |

Gemäß den Regelungen der DSGVO und des Österreichischen DSG stehen Ihnen folgende Rechte zu:

* Das Recht die mit dieser Einverständniserklärung erbrachte **Einwilligung** zur Verarbei-tung Ihrer personenbezogenen Daten **jederzeit zu widerrufen**
* Das Recht auf **Auskunft** darüber, ob durch uns Ihre **personenbezogenen Daten ver-arbeitet** werden und welchen Inhalt diese haben
* Das Recht auf **Berichtigung bzw. Vervollständigung** Ihrer personenbezogenen Daten
* Das Recht auf **Löschung** Ihrer personenbezogenen Daten
* Das Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung**, auf **Widerspruch** gegen die Verar-beitung sowie auf Datenübertragbarkeit
* Das Recht auf **Beschwerde** bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, in Österreich ist dies die **Datenschutzbehörde**.

Datum: ………………



Unterschrift

Seite 2 / 2