

Formular zur Aufnahme in die Vertreterbörse

Bitte schicken Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben an office@wr.zahnaerztekammer.at, wenn Sie in die öffentliche Vertreterbörse der Landeszahnärztekammer für Wien aufgenommen werden wollen. Bitte beachten Sie die Einwilligungserklärung und Datenschutz-Informationen auf der nächsten Seite. Bitte teilen Sie uns auch Änderungen Ihrer Daten möglichst zeitnahe mit, damit wir Ihre Daten aktuell halten können.

| | |
|---|---|
| Titel: | |
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| nachgestellter Titel: | |
| Telefonnummer: | |
| E-Mail-Adresse: | |
| Region / Bezirk in der eine Vertretung möglich ist: | |
| an folgenden Tagen ist eine Vertretung möglich: | |
| KFO: | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| Mitglied der Österreichischen Zahnärztekammer seit: | |
| Berufserfahrung als Zahnarzt seit: | |
| Sonstige Angabe/Schwerpunkte: | |

Einwilligungserklärung & Datenschutz-Informationen

Verantwortlicher

Landes Zahnärztekammer für Wien
Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien
office@wr.zahnaerztekammer.at

Datenschutzbeauftragter

datenschutz@wr.zahnaerztekammer.at

Zweck der Verarbeitung: Aufnahme in die öffentlich zugängliche Vertreterbörse der Landes Zahnärztekammer für Wien.

Datenkategorien: Die oben angegebenen Stamm- und Kontaktdaten, sowie die angegebenen Details zur Berufsausübung.

Verarbeitung der Daten: Alle angegebenen Daten werden auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer für Wien (<https://wr.zahnaerztekammer.at/>) für 6 Monate veröffentlicht. Danach werden Ihre Daten automatisch gelöscht, sollten Sie nicht zeitgerecht einen Weiterverbleib in der Vertreterbörse beantragt haben. Sollten Sie Ihre Einwilligung widerrufen werden die Daten ehestmöglich gelöscht.

Hinweise zur weltweiten Veröffentlichung: Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Daten durch die Veröffentlichung auf der oben genannten Website weltweit abrufbar und frei zugänglich sind und somit auch in Länder ohne angemessenem Datenschutzniveau gelangen können. Dadurch kann generell die Sicherheit (Schutz vor Missbrauch: unerlaubter Speicherung, Vervielfältigung und Verwendung, etc.) der Daten nicht garantiert werden.

Rechtliche Hinweise & Widerruf: Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie jedoch nicht erteilt, können Sie nicht an der öffentlichen Vertreterbörse teilnehmen. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit per E-Mail an office@wr.zahnaerztekammer.at widerrufen. Wir bitten Sie dabei jene E-Mail-Adresse als Absender zu verwenden, die Sie oben angegeben haben. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.

Einwilligung: Ich erkläre mich mit der oben beschriebenen Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Aufnahme in die öffentlich zugängliche Vertreterbörse der Landes Zahnärztekammer für Wien einverstanden.

Ich willige ausdrücklich in die Datenübermittlung (weltweite Veröffentlichung) ein und wurde über die möglichen Risiken aufgeklärt.

Datum: _____

Unterschrift / Stampiglie: _____

Zusätzliche Datenschutz-Informationen gemäß Artikel 13, DSGVO

Die Rechtmäßigkeit der oben beschriebenen Daten-Verarbeitung ergibt sich aus Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Die Bereitstellung Ihrer Daten ist nicht gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben und für keinen Vertragsabschluss erforderlich. Sie sind nicht verpflichtet diese Daten bereitzustellen.

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

- Das Recht auf **Auskunft** darüber, ob durch uns Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet 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 sowie auf **Datenübertragbarkeit**.
- Wenn eine Verarbeitung aufgrund unseres **berechtigten Interesses** rechtmäßig ist (Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO) haben Sie das Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung.
- Wenn eine Verarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung rechtmäßig ist (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO) haben Sie das Recht Ihre **Einwilligung**, jederzeit und ohne Angabe von Gründen, zu **widerrufen**. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.

Um Ihre Rechte geltend zu machen, wenden Sie sich bitte an den Verantwortlichen oder seinen Datenschutzbeauftragten.

Sie haben weiters das Recht auf **Beschwerde** bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, in Österreich ist dies die Datenschutzbehörde (<https://www.dsb.gv.at/>).

Landes Zahnärztekammer für Wien
Standesführung
1010 Wien, Kohlmarkt 11/6

Kottre Angela 05 05 11 - 1000 Mail: kottre@wr.zahnaerztekammer.at
Leidl Nicole 05 05 11 - 1013 Mail: leidl@wr.zahnaerztekammer.at