
**Eintragung in die Interessentenliste
Kassenplanstellen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Wien**

Bitte beachten Sie: Diese Eintragung gilt nur für das Bundesland Wien!

Falls Sie sich in mehreren Bundesländern für einen Kassenvertrag interessieren, ist eine separate Eintragung in die Interessentenliste des jeweiligen Bundeslandes notwendig. Wenden Sie sich in diesem Fall an die Landes Zahnärztekammer im jeweiligen Bundesland.

Name: _____

Datum und Ort der Geburt: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Zahnärzt:in/Fachärzt:in für ZMK seit: _____

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

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

Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Landeszahnärztekammer für Wien
1060 Wien, Linke Wienzeile 170
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 Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten **jederzeit zu widerrufen**;
- 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 Daten;
- das Recht auf **Löschung** Ihrer personenbezogenen Daten;
- das Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung**, auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung sowie auf Datenübertragbarkeit;
- das Recht auf **Beschwerde** bei der zuständigen Aufsichtsbehörde, in Österreich ist dies die **Datenschutzbehörde**.

Ort, Datum

Unterschrift