

# *INTERESSENTENLISTE*

## *für KFO-Einzelverträge*

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

Die Voraussetzungen für die Eintragung in die Interessentenliste sind:

Ich bestätige, die Zusatzausbildung in Kieferorthopädie gemäß Punkt B der Anlage 1 der KFO-Planstellenvergabevereinbarung abgeschlossen zu haben.

Diese Voraussetzungen habe ich erfüllt mit (Zeitpunkt):

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.

Hinweis: Dieses Formular gilt auch als Antrag für die Aufnahme in die Interessentenliste.

<u>Kontaktdaten des Verantwortlichen:</u> Landeszahnärztekammer für Wien Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien <a href="mailto:office@wr.zahnaerztekammer.at">office@wr.zahnaerztekammer.at</a>	<u>Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:</u> <a href="mailto:datenschutz@wr.zahnaerztekammer.at">datenschutz@wr.zahnaerztekammer.at</a>
--	--

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 personenbezogenen 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**.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Landeszahnärztekammer für Wien**

**Standesführung**

1010 Wien, Kohlmarkt 11/6

Angela Kottre 05 05 11 - 1000 Mail: [kottre@wr.zahnaerztekammer.at](mailto:kottre@wr.zahnaerztekammer.at)  
Katharina Slezacek 05 05 11 - 1013 Mail: [slezacek@wr.zahnaerztekammer.at](mailto:slezacek@wr.zahnaerztekammer.at)