

Eintragung in die
INTERESSENTENLISTE
für Kassenverträge

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 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.

<u>Kontakt Daten des Verantwortlichen:</u> Landeszahnärztekammer für Wien Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien office@wr.zahnaerztekammer.at	<u>Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten:</u> 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 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
Katharina Slezacek 05 05 11 - 1013 Mail: slezacek@wr.zahnaerztekammer.at