

Voraussetzung für E-Mail-Kontakt mit
der Österreichischen Ärztekammer

Einwilligungserklärung

erforderlich gemäß Art. 6 Abs. 1 lit a Datenschutz-Grundverordnung

(Diese Erklärung ist per-E-Mail zusammen mit der Kopie des angeführten Identitätsnachweises an die
Österreichische Ärztekammer ael-recht@aerztekammer.at zu übermitteln)

Ich bestätige, dass bis auf Widerruf der Schriftverkehr mit der Österreichischen Ärztekammer und somit sämtliche Dokumente aus dieser Korrespondenz, sohin auch meine diesbezüglichen personenbezogenen Daten, unter Verwendung meiner folgenden E-Mail-Adresse erfolgen darf.

E-Mail-Adresse:

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meiner Korrespondenz und darin erfassten Dokumenten bzw. Unterlagen führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit unter post@aerztekammer.at oder durch ein Schreiben an die Österreichische Ärztekammer, 1010 Wien, Weihburggasse 10-12, widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bei der Österreichischen Ärztekammer bleibt davon unberührt.

Familienname:

Vorname:

Art des Identitätsnachweises: (Zutreffendes bitte ankreuzen und in Kopie beilegen)

- Reisepass
- Personalausweis
- Führerschein

Datum:

Unterschrift: