

Voraussetzung für E-Mail-Kontakt mit
der Österreichischen Ärztekammer

Einwilligungserklärung

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

Diese Erklärung ist eingescannt an post@aerztekammer.at und migrationsbescheinigung@aerztekammer.at zu übermitteln. Falls Sie noch nie in der Ärzteliste eingetragen waren, ersuchen wir auch um Übermittlung eines eingescannten Identitätsnachweises

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 untenstehenden E-Mail-Adresse erfolgen darf**. 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.

E-Mail-Adresse: _____

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Nur für den Fall, dass Sie noch nie in der bei der Österreichischen Ärztekammer geführten Ärzteliste eingetragen waren: eingescannter Identitätsnachweis (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Reisepass**
- Personalausweis**
- Führerschein**

Datum:

Unterschrift: