

## Formular zur Eintragung in die Vertreterliste

Name: .....

PLZ/Ort: .....

Straße: .....

Telefon: .....

e-mail: .....

Fach: .....

Bezirke/gesamtes Burgenland: .....

.....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten erfasst, verarbeitet und an Vertreter suchende Ärzte weitergegeben werden. Ich kann diese Zustimmung zur Datenverarbeitung und Weitergabe jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum: ..... Unterschrift: .....

Um diese Liste möglichst aktuell zu halten, werden Sie ersucht, sich alle sechs Monate (gerechnet ab dem Tag der Eintragung) bei der Ärztekammer für Burgenland zu melden, ansonsten erfolgt eine automatische Löschung Ihres Eintrages.  
Tel.: 02682/62521-11 Frau Denk oder per e-mail: [c.denk@aekbgld.at](mailto:c.denk@aekbgld.at)