

An das  
Amt der Burgenländischen Landesregierung  
Europaplatz 1  
7000 Eisenstadt

Im Wege der Ärztekammer für Burgenland ([office@aekbgld.at](mailto:office@aekbgld.at))!!!

## BLAULICHTANTRAG

### Antragsteller\*in

---

Titel	Vorname	Nachname
-------	---------	----------

### Adresse Hauptwohnsitz

---

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
--------	------------	-----	-----

### Adresse der Ordination (sofern vorhanden):

---

Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
--------	------------	-----	-----

Der Bereitschaftsdienst wird vom  Hauptwohnsitz  Ordinationssitz aus angetreten.

Ordinations-Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ und Mobil-Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Fahrzeugdaten:

Kraftfahrzeugtype \_\_\_\_\_

Polizeiliches Kennzeichen: \_\_\_\_\_

FIN (Fahrzeugidentifikationsnummer) \_\_\_\_\_

**Begründung**

**Ich ersuche die Ärztekammer für Burgenland um Bestätigung meiner Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Antragstellung gem. § 20 Abs 5 lit d KFG.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

Dem Ansuchen ist folgende Beilage in Fotokopie anzuschließen:

**Gut lesbare Kopie des Zulassungsscheins** (Vorder- u. Rückseite bei Scheckkartenformat)

**Datenschutzerklärung**

*Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten für die Bearbeitung der Blaulichtbewilligung als auch der notwendigen Weiterleitung an weitere Stellen (Behörde) zum Zwecke der Bearbeitung der Blaulichtbewilligung ein.*

*Die Daten werden ausschließlich für das Verfahren der Blaulichtgenehmigung und zur Erhebung statistischer Zwecke seitens der Ärztekammer für Burgenland genutzt. Die Verarbeitung oder Nutzung der Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung ist nicht Bestandteil der Einwilligung.*

*Ich habe das Recht jederzeit die datenschutzrechtliche Einwilligung rückgängig zu machen (zu widerrufen). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen.*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

**Bestätigung der Ärztekammer für Burgenland über die Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst im Burgenland**

Hiermit bestätigen wir die Teilnahme von \_\_\_\_\_  
am ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 20 Abs 5 lit d KFG.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ärztekammer für Burgenland