

Ärzttekammer für Tirol
Standesführung Anichstraße 7
6020 Innsbruck

Erklärung Verwendung Kontaktdaten

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

ÖÄK-ID: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer für Tirol bis auf Widerruf die an mich gerichtete Post nach Möglichkeit per E-Mail zusendet. Davon ausgenommen sind Zeitschriften oder Schriftstücke mit erhöhter Wichtigkeit.

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Die oben bekanntgegebenen Kontaktdaten können in den öffentlichen Teil der Ärzteliste (Darstellung auf der Homepage, Weitergabe an Dritte, etc.) aufgenommen werden.

JA
NEIN

Es soll folgende alternative E-Mail-Adresse für den öffentlichen Teil der Ärzteliste eingetragen werden

E-Mail-Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Die von Ihnen angegebenen Daten werden datenschutzkonform verarbeitet (nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage). Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Tirol meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.