

FAMULATUR Primary Care Medicine

Daten Ihrer Ordination:

Name:

Vorname:

Adresse:

Tel.

Fax:

E-Mail:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Kontaktdaten bis auf Widerruf in der Liste der Famulaturpraxen auf der Homepage der MedUni Wien veröffentlicht werden.

Datum

Stempel, Unterschrift

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

Für einen Widerruf oder Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten, wenden Sie sich bitte an:

*Medizinische Universität Wien
Zentrum für Public Health
Abteilung für Primary Care Medicine
Kinderspitalgasse 15/1, 1090 Wien
T: +43 (0)1 40160 34602
E-Mail: zuzana.habel-mussa@meduniwien.ac.at*

Unsere/n Datenschutzbeauftragte/n erreichen Sie unter datenschutz@meduniwien.ac.at

*Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu.
Sind Sie der Meinung, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie bei der Aufsichtsbehörde (Österreichische Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien) Beschwerde erheben.*

MUW/ZPH/Abteilung für Primary Care Medicine,
1090 Wien, Kinderspitalgasse 15/1.Stock, Tel. 01/40160-34602 Fax DW
934600,
E-Mail: zuzana.habel-mussa@meduniwien.ac.at