

Einwilligung zur Datenverarbeitung WBV/KoStA

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Titel

Vorname

Name

Geburtsdatum

PLZ

Weiterbildungsjahr

EFN

*ggf. zusätzlich
Barcode/EFN*

Die hier angegebenen personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, PLZ, Weiterbildungsjahr, EFN), werden zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses erhoben.

Ich bin damit einverstanden, dass zu **Studien- und Evaluierungszwecken** und Verbesserung des Weiterbildungsangebots, Name, Geburtsdatum, PLZ, EFN, Weiterbildungsjahr an die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) weitergegeben werden und dort für 10 Jahre gespeichert werden. Eine anderweitige Verwendung der Daten, wie zu den hier angegebenen Zwecken, findet nicht statt.

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an den Verantwortlichen übermitteln. Weitere Informationen zum Verantwortlichen und zu Ihren Betroffenenrechten finden Sie unter: <https://www.kosta-bayern.de/datenschutz>

[Ort, Datum] [Unterschrift]

Bitte in Kopie an koordinierungsstelle@kosta-bayern.de senden!