



DR. BAYER & KOLLEGEN
DIE ZAHNEXPERTEN®

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres. G. Bayer, S. Kistler, F. Kistler,
A. Elbertzhagen, I. Frank, PD J. Neugebauer

Von-Kühlmann-Str.1, 86899 Landsberg am Lech
info@implantate-landsberg.de

Anmeldung zur Hospitation

Sie interessieren sich für eine Hospitation in unserer Praxis? Gerne prüfen wir, ob und welche Möglichkeiten dafür bestehen. Folgende Informationen sind für die Bearbeitung ihrer Anfrage notwendig.

Anmeldung zum Hospitation

Hospitant:

Titel

Name

Vorname

Geburtsdatum

Kontakt: Tel.; Email

Derzeit tätig bei (Praxis/ Universität/ Sonstige)

Dauer und Bereich der Hospitation:

Dauer

Bei: Stelle bzw. Arzt

Wunschtermin :

Bitte das ausgefüllte Formular an die Praxis z. Hd. von Fr. Schattschneider senden. Sie erhalten dann zeitnahe eine Rückmeldung.

Hinweise zum Datenschutz:

Ihre Angaben werden gespeichert, damit auf diese zur **Bearbeitung und Beantwortung Ihrer Anfrage** zurückgegriffen werden kann. Eine Übertragung der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Die Daten werden nach Wegfall des Zweckes der Erhebung und Speicherung gelöscht.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27, 91522 Ansbach

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten der Praxis Dr. Bayer & Kollegen zu oben genannten Zwecke erhoben und verarbeitet werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung und Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift