

An die
Bezirksärztekammer Südbaden
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Anlage 2

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich für die Klinik/Institution
_____ den Beitritt zur Kooperationsvereinbarung
des Weiterbildungsverbands Allgemeinmedizin Waldshut (WAW).

Die Klinik/Institution ist als Weiterbildungsstätte zugelassen. Herr/Frau
_____ ist/sind im Umfang von _____ zur Weiterbildung in der
Fachkompetenz _____ befugt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Bezirksärztekammer Südbaden nach Eingang meiner Beitrittserklärung die einrichtungsbezogenen Daten, bestehend aus Anschrift der Klinik / Institution, Telefon-, Telefaxnummern, E-Mail-Adressen sowie den Umfang der Befugnis zur Weiterbildung, an die Koordinierungsstelle weiterleitet. Diese Daten werden bei der Koordinierungsstelle gespeichert und dürfen für Zwecke dieser Kooperationsvereinbarung an die anderen Kooperationspartner sowie interessierten Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung und an den ärztlichen Kreisverein übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Kooperationsvereinbarung jederzeit kündigen kann. Mit Eingang der Kündigung werden die einrichtungsbezogenen Daten bei der Koordinierungsstelle gelöscht.

Ort, Datum

Name, Vorname Unterschrift

Kontaktdaten der Klinik / Institution (Adresse, Telefonnummer, E-Mail-
Adresse, ggf. Stempel)