

An die  
Bezirksärztekammer Südbaden  
Sundgauallee 27  
79114 Freiburg

Anlage 1

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Kooperationsvereinbarung des Weiterbildungsverbunds Allgemeinmedizin Waldshut (WAW).

Ich bin als

Fachärztin oder Facharzt für Allgemeinmedizin

Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin mit Option in die hausärztliche Versorgung

Fachärztin oder Facharzt für \_\_\_\_\_

niedergelassen.

Ich verfüge über eine Befugnis zur Weiterbildung für die Dauer von \_\_\_ Monaten

in der Fachkompetenz Allgemeinmedizin / dem Abschnitt „Ambulante hausärztliche Versorgung“.

in der Fachkompetenz \_\_\_\_\_.

Ich bin damit einverstanden, dass die Bezirksärztekammer Südbaden nach Eingang meiner Beitrittserklärung meine personenbezogenen Daten, bestehend aus Namen, Vornamen, akademischen Titel und Graden, Facharztbezeichnungen, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, Anschrift/en der Niederlassung/en, Telefon-, Telefaxnummern, E-Mail-Adressen sowie den Umfang meiner Befugnis zur Weiterbildung an die Koordinierungsstelle weiterleitet. Meine 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 meine personenbezogenen Daten bei der Koordinierungsstelle gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Teilnehmer) Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Kontakt Daten (Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, ggf. Stempel)