



Einverständniserklärung gem. DSGVO

Von:

Für:

NAME:
ADRESSE:
PLZ:
SVNR.:
TELEFON:

APOTHEKE ZUR MADONNA
MAG. PHARM. MARIANNE TWRDY e.U.
LANGOBARDENSTR. 16
1220 WIEN
T: 01 282 22 76 | FAX: DW 20
nachstehend als Apotheke bezeichnet

Ich als Betroffene/r stimme zu, dass die Apotheke die von mir bekannt gegebenen Daten (Name, Titel, SV-NR, Geburtsdatum, Geschlecht, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Anschrift, sowie ggf. Angehöriger von, Bankverbindung, SEPA-Mandat, Verrechnungsgruppe, Kategorien/Indikationen, Krankenkasse, Hausarzt, Status Rezept-Gebührenbefreiung) sowie die Daten über meine mit der Kundenkarte getätigten, bzw. unter meiner Kundennummer erfassten, Einkäufe im erforderlichen Umfang speichert und für nachstehende Zwecke verwendet (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Zusendung von Information und Werbung betreffend rezeptfreier Arzneimittel, anderen Gesundheitsprodukten sowie zu gesundheitsrelevanten Themen per E-Mail und Post
- Zusendung eines elektronischen Newsletters
- Zusendung von Information über die Verfügbarkeit bestellter Arzneimittel per Telefon und SMS
- Erstellung einer Übersicht der von mir bezogenen Produkte

Mir ist bekannt, dass meine oben angeführten Daten auf Grundlage der §§ 1 und 10 Apothekenbetriebsordnung 2005 verarbeitet und für die Dauer der gem. § 132 Bundesabgabenordnung vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist gespeichert werden.

Verantwortlich für die Verarbeitung ist als Konzessionsinhaber/Pächter/verantwortlicher Leiter: Mag. HOLZER erreichbar unter den Kontaktdaten der Apotheke.

Für den Fall einer Übertragung des Apothekenunternehmens stimme ich der Mitübertragung meiner oben angeführten Daten und der Übertragung der Verantwortung an den neuen Verantwortlichen zu. Der Widerruf dieser Einwilligung kann von mir jederzeit mittels Brief oder E-Mail an die Apotheke gestellt werden. Sobald meine Identität unzweifelhaft festgestellt wurde, erfolgen keine weiteren Datenverarbeitungen auf der Grundlage dieser Einwilligungserklärung. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung meiner Daten bleibt davon unberührt. Mir ist bekannt, dass ich mein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und Beschwerde an die Datenschutzbehörde jederzeit geltend machen kann.

Weiters bevollmächtige ich Herrn/Frau, geboren am bis auf Widerruf, Einsicht in meine Kundenkartei zu nehmen, die Aufstellung der von mir bezogenen Arzneimittel in Empfang zu nehmen. Des Weiteren bin ich mit der Übermittlung der Rechnung über die von mir bezogenen Produkte an nachstehenden Rechnungsempfänger einverstanden.:

Herrn/ Frau

Adresse

....., am