



STADTGEMEINDE OBERPULLENDORF

Hauptstraße 9

7350 Oberpullendorf

ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINER FÖRDERUNG

von Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in der Stadtgemeinde Oberpullendorf.

1) Daten der Förderungswerberin/des Förderungswerbers

Familienname: _____ Vorname: _____

Akademischer Grad: _____

Anschrift – Hauptwohnsitz: _____

(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: Österreich _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

2) Angaben zur geplanten Ordination

Ausbildung als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner, abgeschlossen am:

Ausbildung als Fachärztin/Facharzt abgeschlossen am:

Ort der geplanten Ordination: _____

3) Bankverbindung

lautend auf _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC/BLZ: _____

4) Verpflichtungserklärung

Ich nehme mit meiner Unterschrift die Richtlinien der Stadtgemeinde Oberpullendorf über die Förderung von Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte, zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in der Stadtgemeinde Oberpullendorf, zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, im Fall einer Genehmigung meines Antrages, mindestens fünf Jahre als Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzte in der Stadtgemeinde Oberpullendorf tätig zu sein.

5) Datenschutzrechtliche Information

Ich nehme zur Kenntnis, dass die oben erhobenen Daten zur Erfüllung des durch das Förderansuchen begründeten (vor-) vertraglichen Schuldverhältnisses verarbeitet werden.

Der Zweck der Verarbeitung ist die Bearbeitung und Abwicklung des Antrages auf Genehmigung einer Förderung für Ärzte aller Fachrichtungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in der Stadtgemeinde Oberpullendorf.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet nicht statt.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange aufbewahrt, wie dies durch gesetzliche Pflichten nötig ist. Wir speichern die Daten jedenfalls, solange gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder Verjährungsansprüche potenzieller Rechtsansprüche noch nicht abgelaufen sind.

Unter den Voraussetzungen des anwendbaren geltenden Rechts haben Sie das Recht auf Auskunft über die erhobenen Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutzbehörde.

Datenschutzrechtlicher Verantwortlicher im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union, Verordnung (EU) Nr. 2016/679, ist das Amt der Burgenländischen Landesregierung, Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt, Tel.: 057 600-0, E-Mail: post.datenschutz@bgld.gv.at. Alternativ können Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten KPMG Security Service GmbH, Porzellangasse 51, 1090 Wien, Email: post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at, wenden.

6) Erklärung

Ich erkläre, dass die Angaben wahr und die beigezeichneten Nachweise echt und richtig sind.

_____, am _____

(Förderungswerberin/Förderungswerber)

Dem Antrag ist anzuschließen:

- Nachweis über die abgeschlossene Ausbildung als Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner oder Fachärztin/Facharzt