

ANTRAG zur Anbindung an das Austrian Medicines Verification System (AMVSystem)	
HAUSAPOTHEKENFÜHRENDE ÄRZTE	
Information zur Person	
Name des Arztes:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse (Office-Adresse):	
Telefonnummer:	
Nummer des Berechtigungsbescheides zur Führung der ärztlichen Hausapotheke:	
IT Dienstleister / interne IT Abteilung	
Firma:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	
Kontaktperson:	
Name der Software:	

Ich erkläre hiermit,

- i. dass die oben angeführten Daten korrekt und vollständig sind;
- ii. dass ich über eine aufrechte Berechtigung zur Führung einer ärztlichen Hausapotheke verfüge;
- iii. meine ausdrückliche Zustimmung und Einwilligung, dass die oben angeführten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorbereitung der Anbindung an das AMVSystem, der Anbindung an das AMVSystem und Aussendung von Informationen der AMVS GmbH von dieser, im Einklang mit den einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen, automationsunterstützt erhoben, berücksichtigt, verarbeitet, gespeichert und genutzt werden. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen via E-Mail an office@amvs-medicines.at mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder abgeändert werden. Die Möglichkeit des Widerrufs besteht auch weiterhin bei jeder einzelnen Zusendung der AMVS GmbH. Ein allfälliger Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Die oben angeführten personenbezogenen Daten werden in weiterer Folge und nach Zustandekommen eines Vertragsverhältnisses zwischen mir und der AMVS GmbH von dieser auch zur Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten sowie zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen automationsunterstützt erhoben, berücksichtigt, verarbeitet, gespeichert und genutzt.

Ort, Datum

Firmenmäßige Zeichnung
(Stempel, Unterschrift, Name in Druckbuchstaben)