

ANTRAG zur Anbindung an das Austrian Medicines Verification System (AMVSystem)	
ÖFFENTLICHE APOTHEKE	
Information zur Öffentlichen Apotheke¹	
Name der Apotheke:	
Rechtsform:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse (Office-Adresse):	
Telefonnummer:	
Konzessionär / Pächter / Verantwortlicher Leiter	
Name:	
E-Mail-Adresse:	
IT Dienstleister / interne IT Abteilung	
Firma:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	
Kontaktperson:	
Name der Software:	

- ¹ Für weitere Standorte an denen Aktionen gemäß *Delegierter Verordnung* in Ihrer Verantwortung gesetzt werden, ersuchen wir Sie zusätzlich das Blatt 2 auszufüllen (für jeden Standort eines).
Für Standorte, die von anderen Rechtspersonen betrieben werden, ist ein eigener Antrag erforderlich.

Ich erkläre hiermit,

- i. dass die oben angeführten Daten korrekt und vollständig sind;
- ii. 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)

ANTRAG zur Anbindung an das Austrian Medicines Verification System (AMVSystem) – Weitere Standorte Ergänzung zu Blatt 1	
ÖFFENTLICHE APOTHEKE	
Information zum Standort	
Bezeichnung:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse (Office-Adresse):	
Telefonnummer:	
Konzessionär / Pächter / Verantwortlicher Leiter	
Name:	
E-Mail-Adresse:	
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. 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
(Firmenstempel, Unterschrift, Name in Druckbuchstaben)