

ANTRAG zur Anbindung an das Austrian Medicines Verification System (AMVSystem)	
VERTRAGSKRANKENANSTALT DES IVF-FONDS	
Information zur Vertragskrankenanstalt	
Krankenanstalten-Träger und Rechtsform:	
Name der Vertragskrankenanstalt:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse (Office-Adresse):	
Telefonnummer:	
Ansprechpartner Geschäftsführung:	
Name	
E-Mail-Adresse:	
Ärztliche Leitung:	
Name:	
E-Mail-Adresse:	
IT Dienstleister / interne IT Abteilung	
Firma:	
Adresse:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	
Kontaktperson:	
Name der Software:	

Wir erklären hiermit,

- i. dass die oben angeführten Daten korrekt und vollständig sind;
- ii. unsere ausdrückliche Zustimmung und Einwilligung, dass unsere 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 uns 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)