

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Erhebung, Speicherung und Nutzung folgender personenbezogener Daten:

Name:

Fachrichtung:

Straße:

Postleitzahl

Ort

Municipio:

Telefon 1:

Telefon 2:

Mobil:

Fax:

Korrespondenzsprachen:

D GB E NL F I S DK

Sonstiges:

e-mail:

Homepage:

Die Daten werden auf einer vom deutschen Konsulat Las Palmas de Gran Canaria erstellten „Liste deutschsprachiger Ärzte“ erfasst. Die Liste wird auf Anfrage an Dritte (Personen, Unternehmen und Behörden) weitergegeben und ins Internet gestellt.

Diese Einverständniserklärung gilt unbefristet, kann aber immer schriftlich widerrufen werden. Bei Widerruf werden meine Daten unverzüglich aus der Liste entfernt. Sobald Veränderungen in dem mich betreffenden Datenbestand eintreten, werde ich das Konsulat unverzüglich unterrichten.

Mir ist bewusst, dass das Konsulat keine Haftung für eine aufgrund der Weitergabe der Liste erfolgte Behandlung übernimmt und keinerlei Rechtsansprüche gegen das Konsulat aufgrund der Weitergabe der Liste entstehen können.

.....
(Ort, Datum)

.....
(eigenhändige Unterschrift)

Folgende Nachweise müssen dieser Einverständniserklärung, falls zutreffend und vorhanden, als unbeglaubigte Kopie beigegeben werden (ohne Nachweis der Approbation und der Einschreibung ins Colegio erfolgt keine Eintragung in die Liste):

Aprobationsurkunde

Promotionsurkunde (nur bei Führung eines Dr.-Titels)

Urkunde über die Anerkennung als Facharzt

Einschreibung ins Colegio de Médicos bzw. bei Zahnärzten:

Einschreibung ins Colegio Oficial de Odontólogos