

Einverständniserklärung gem. DSGVO

Von:
Name:
Adresse:
PLZ:
Firma:
Email:
Telefonnr.:
SVNr.:
nachstehend als Betroffener bezeichnet

für Firmenkunden von Firma:



Für:
Apotheke zur hl. Elisabeth in Wien Mitte
Mag. pharm. Elisabeth Sprinzl KG
Landstr. Hauptstr. 4
1030 Wien
nachstehend als Apotheke bezeichnet

Ich als Betroffene/r stimme zu, dass die Apotheke die von mir bekannt gegebenen Daten (Name, Titel, SV.Nr., Geb.Datum, Geschlecht, TelNr., E-Mail-Adresse, Anschrift, sowie ggf. Angehöriger von, Verrechnungsgruppe, Kategorien/Indikationen, Krankenkasse, Hausarzt, Status Rezept-Gebührenbefreiung) sowie die Daten über meine mit der Kundenkarte getätigten, bzw. unter meiner Kundennummer erfassten, Einkäufe im erforderlichen Umfang speichert und für nachstehende Zwecke verwendet.

- Zusendung von Information über Verfügbarkeit bestellter Arzneimittel per Telefon (SMS) und oder E-Mail
- Erstellung einer Übersicht der von mir bezogenen Produkte (bei Bedarf z.B. fürs Finanzamt)

Mir ist bekannt, dass meine oben angeführten Daten auf Grundlage der §§1 und 10 ABO 2005 verarbeitet und für die Dauer der gem. § 132 Bundesabgabenordnung vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist gespeichert werden. Verantwortlich für die Verarbeitung ist **Mag. pharm. Isabella Schornböck**, erreichbar unter den Kontaktdaten der Apotheke.

Für den Fall einer Übertragung des Apothekenunternehmens stimme ich der Mitübertragung meiner oben angeführten Daten und der Übertragung der Verantwortung an den neuen Verantwortlichen zu. Der Widerruf dieser Einwilligung kann von mir jederzeit schriftlich via Brief oder E-Mail an die Apotheke gestellt werden. Sobald meine Identität unzweifelhaft festgestellt wurde, erfolgen keine weiteren Datenverarbeitungen auf der Grundlage dieser Einwilligungserklärung. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung meiner Daten bleibt davon unberührt. Mir ist bekannt, dass ich mein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und Beschwerde an die Datenschutzbehörde jederzeit geltend machen kann.

Weiters bevollmächtige ich Herrn/Frau....., geboren am

bis auf Widerruf, Einsicht in meine Kundenkartei zu nehmen, die Aufstellung der von mir bezogenen Arzneimittel in Empfang zu nehmen und selbst Einkäufe auf das Kundenkonto zu tätigen. Des Weiteren bin ich mit der Übermittlung der Rechnung oder Aufstellung über der von mir bezogenen Produkte an die nachstehende E-Mail- Adresse einverstanden:

E-Mail:.....

....., am
[Ort und Datum]

.....
[Unterschrift des volljährigen Kunden]