

Absender:

.....
(Name, Vorname)

.....
(Arztbezeichnung)

Faxnummer: 0 94 21 / 189 84 65

**Ärztlicher Kreisverband Straubing
Lilienstraße 5 – 9
94315 Straubing**

.....
(Adresse)

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich / erklären wir uns^{*)} mit der Verlinkung meiner / unserer^{*)} Domain (Internetadresse) auf der Homepage des ÄKV Straubing unter www.aekv-straubing.de in der Rubrik „Links – Arztpraxen im Bereich des ÄKV Straubing“ und damit der Veröffentlichung meiner / unserer^{*)} Praxisdaten einverstanden. Mir / uns^{*)} ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und dass ohne meine / unsere^{*)} Einwilligung eine Veröffentlichung meiner / unserer^{*)} Daten über die Homepage nicht möglich ist.

Folgende Daten werden mit meiner / unserer^{*)} Einwilligung veröffentlicht: Praxisort, Name, Vorname, Fachgebiet sowie ein Link auf meine / unsere^{*)} Praxishomepage.

Mir / Uns^{*)} ist bekannt, dass die veröffentlichten Daten im Internet eingesehen und evtl. auch kopiert werden können, für die Veröffentlichung meiner / unserer^{*)} Daten keine Kosten für mich / uns^{*)} entstehen und ich / wir^{*)} diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen kann / können.

Die Domain (Internetadresse) meiner/unserer^{*)} Praxishomepage lautet:

.....
(bitte gut leserlich in Druckbuchstaben angeben)

Ich erkläre / wir erklären^{*)} hiermit, dass ich / wir^{*)} in die Veröffentlichung meiner / unserer^{*)} Daten auf der Homepage des ÄKV Straubing einwillige/n.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel

^{*)} Unzutreffendes bitte streichen