

Datenblatt

Apotheke: _____

Geschlecht: Frau Herr Divers

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Geburtsjahr: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____@_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Teilnahme am Projekt „Bewegte Apotheke“ und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der Daten zu. Die Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr. Ihre Daten werden auch nur so lange aufbewahrt, so lange Sie aktiv im Projekt „Bewegte Apotheke“ dabei sind. Bis auf Widerruf können die Fotos im Rahmen des Projektes verwendet werden, ohne dass sich daraus ein Honoraranspruch begründet. Ihre Daten werden darüber hinaus für keinen anderen Zweck verwendet, als im Rahmen des Projektes nötig ist. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Website unter:

<https://www.wig.or.at/datenschutz>

Datum

Unterschrift