

**ZUSÄTZLICHE INFORMAZIONIEN /  
ÄNDERUNGEN DIE IM BERUFSVERZEICHNIS EINZUTRAGEN SIND**

**ÄRZTE – UND ZAHNÄRZTEKAMMER  
DER PROVINZ BOZEN**

Der/die Unterfertigte \_\_\_\_\_ eingeschrieben in das  
Berufsverzeichnis der Ärzte  und/oder im Berufsverzeichnis der Zahnärzte  mit Nummer  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**TEILT MIT**

Unter eigener Verantwortung und in Kenntnis der strafrechtlichen Verantwortlichkeit, i. S. und Wirkung der  
Art. 46, 47 und 76 des DPR 445/2000

**ERGÄNZENDE INFORMATIONEN / ÄNDERUNGEN DIE IM BERUFSALBUM EINZUTRAGEN SIND**

- Telefon Privat \_\_\_\_\_ Telefon Arbeit \_\_\_\_\_
- Handy Privat \_\_\_\_\_ Handy Arbeit \_\_\_\_\_
- Fax \_\_\_\_\_
- E-Mail Adresse Privat \_\_\_\_\_
- E-Mail Adresse Arbeit \_\_\_\_\_
- PEC-E-Mail Adresse \_\_\_\_\_
- Webseite \_\_\_\_\_
- Korrespondenzadresse \_\_\_\_\_
- Adresse Praxis \_\_\_\_\_
- Wohnsitz \_\_\_\_\_
- Konventioniert mit dem SSN – Gesundheitsbezirk von \_\_\_\_\_
  - Provinz \_\_\_\_\_
  - Datum Konvention \_\_\_\_\_
- Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_
  - Krankenhaus/Abteilung \_\_\_\_\_
  - Freiberufler/Fachrichtung \_\_\_\_\_

Der/die Unterfertigte erklärt, über die Zwecke und Modalitäten der Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Sinne des  
Gesetzes 675/96 informiert worden zu sein.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Die Ärztekammer verpflichtet sich die in der gegenständlichen Erklärung angeführten Daten, i. S. des D.Lgs 196/2003 zu behandeln.