

NYILATKOZAT (4.)

Én, Dr., mint a által
(név) (vállalkozás neve)
működtetett alapellátási praxis vezetője, ezúton nyilatkozom arról, hogy hozzájárulok ezen lap alján felsorolt adataim MAPOSZ által történő nyilvántartásához, kezeléséhez, amely azonban kizárólag a MAPOSZ érdekvédelmi tevékenysége céljából, a MAPOSZ és köztem fennálló kapcsolat hatékony működtetése érdekében történő kommunikációra használható fel.

Harmadik fél felé adataim továbbításához nem járulok hozzá, azok semmilyen marketing, vagy egyéb, a gyógyító hivatásomtól idegen célra nem használhatók fel.

Tudomásul veszem, hogy adataim kezelésében, adataim védelmében a MAPOSZ az európai elvárásoknak, szabályozásnak megfelelően, a GDPR alapján tevékenykedik.

A MAPOSZ által kezelhető adataim: (a táblázatban a jobb oldalon „beikszeltek”-re érvényes!)

NÉV		
VÁLLALKOZÁS NEVE		
VÁLLALKOZÁS CÍME (SZÉKHELYE)		
POSTACÍM, AHOVÁ KÜLDEMÉNY JÖHET		
RENDELŐM CÍME		
TELEFONSZÁM/MOBIL		
E-MAIL CÍM		
SZAKVIZSGÁIM		
FELNŐTT, GYERMEK VAGY VEGYES PRAXIS		
MAGÁNTEVÉKENYSÉGEM		
KEDVENC SZAKMAI TERÜLETEM		
KEDVENC SZAKMÁN KÍVÜLI TEVÉKENYSÉGEM		

DÁTUM

ALÁÍRÁS