

NYILATKOZAT (4.)

Én, Dr., mint aáltal
(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