



Einwilligungserklärung zum Datenschutz

im Rahmen der Teilnahme am Mentoren-Projekt der Landesärztekammer Thüringen

von

Frau/Herr

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass im Rahmen meiner Teilnahme am Mentoren-Projekt personenbezogene Daten, insbesondere Daten zur Person und meiner Ausbildung gespeichert und ausgewertet werden. Die Verwendung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine im Rahmen meiner Teilnahme erhobenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Feststellung der Auszahlungsberechtigung sowie des Nachweises der Ausschöpfung des gezahlten Betrages durch die Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen (**savth**) verarbeitet und gespeichert werden.
2. Ich habe die beiliegenden „*Informationen der betroffenen Personen bei der Erhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 und Art. 14 DS-GVO) im Rahmen des Mentoren-Projektes der Landesärztekammer Thüringen*“ ausgehändigt bekommen, gelesen und verstanden.
3. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen und ohne dass mir daraus Nachteile entstehen, widerrufen werden kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. Mit Widerruf meiner Einwilligung habe ich das Recht, die Löschung aller meiner bis dahin gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
4. Mir ist bewusst, dass meine personenbezogenen Daten an Dritte weitergeleitet und bis zum Wegfall der Zweckbestimmung gespeichert werden.

Das Original dieser Einwilligungserklärung verbleibt bei der Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung in Thüringen (**savth**). Eine Kopie der Einwilligungserklärung wird mir ausgehändigt.

Name (Druckbuchstaben)

Ort/Datum

Unterschrift