



Bitte senden an: PKN, Leisewitzstraße 47, 30175 Hannover
oder per Fax: 0511/ 850 304 - 44
oder per E-Mail: mgm@pknds.de

Name, Vorname:

Mitgliedsnummer:

Einverständnis zum Datenaustausch

zwischen der PKN und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) in Bezug auf meine Fortbildungsverpflichtung (zur Erfüllung der Pflicht zur fachlichen Fortbildung)

Ich bin damit einverstanden, dass die PKN der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) die Information bezüglich meiner Fortbildungsverpflichtung übermittelt und die dafür notwendigen Daten mit der KVN austauscht. Eine Verpflichtung der PKN zur Datenübermittlung ist damit nicht verbunden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit der PKN gegenüber widerrufen kann. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutzgrundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, der PKN gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf wirkt erst für die Zukunft, so dass Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, von ihm nicht betroffen sind.

Datum

Unterschrift