

**Datenerfassung und -aktualisierung
für Notärztinnen und Notärzte nach § 23 RettDG LSA**

1. persönliche Angaben

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____
Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Facharztanerkennung: _____

2. Erreichbarkeit

Telefon mobil: _____
(bitte unbedingt angeben)

E-Mail: _____
(bitte unbedingt angeben)

Telefon dienstlich: _____

Telefon privat: _____

3. Bankverbindung

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Einverständniserklärungen:

- Ich bin damit einverstanden, von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt über freie Dienste per E-Mail sowie in dringenden Fällen ggf. per SMS informiert zu werden.
- Ich bin damit einverstanden, von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt im Fall eines Massenanfalls von Verletzten und Erkrankten per SMS informiert zu werden. Eine Teilnahme als Notarzt bleibt sodann freiwillig.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt die mich betreffenden Daten unter Einhaltung der Grundsätze des Datenschutzes gespeichert werden.

Ort, Datum

[Notarzt/Notärztin einfügen]