

Ärztchammer Berlin
Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung
Katja Kähne
Friedrichstr. 16
10969 Berlin



ÄRZTEKAMMER BERLIN

Ansprechpartnerin: Katja Kähne
Telefon: 030 / 40 80 6 - 12 10
Telefax: 030 / 40 80 6-55 - 12 10
E-Mail: K.Kaehne@aekb.de

ANMELDUNG Qualifikation Tabakentwöhnung nach den Curricula der Bundesärztekammer

10./11. Mai 2019
24./25. Mai 2019
07. Juni 2019

Teilnehmerentgelt: 495,00 €

385,00 € für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

| | |
|--|--|
| Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> DGP Mitglied <input type="checkbox"/> (Zutreffendes bitte ankreuzen) | |
| _____ | _____ |
| Akad. Titel / Vorname / Name | Geburtsdatum |
| _____ | _____ |
| E-Mail (für die kursbezogene Korrespondenz) | DGP Mitgliedsnummer (Nachweis red. Teilnehmerentgelt) |
| _____ | _____ |
| Medizinische Fachrichtung | Tätigkeit in Klinik, Praxis etc. (bitte kurz benennen) |

Bitte beachten Sie die **Geschäftsbedingungen der Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung** sowie die **Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz/Fortbildungsmaßnahmen** auf Seite 2.

Zur **Anmeldung** senden Sie die **ausgefüllten bzw. unterschriebenen Seiten 1 und 2** dieses Dokuments bitte wahlweise an die o.g. E-Mail-Adresse, Telefaxnummer bzw. Postanschrift.

Alle Unterlagen seitens des Veranstalters, der Ärztekammer Berlin, die nicht zwingend der Briefform bedürfen, werden per E-Mail versandt.

Weiter auf Seite 2



Qualifikation Tabakentwöhnung nach den Curricula der Bundesärztekammer

Persönliche Anmeldung

Ich habe die **Geschäftsbedingungen der Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung** sowie die **Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz/Fortbildungsmaßnahmen** auf Seite 3 zur Kenntnis genommen und verstanden.

Mit meiner Anmeldung erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Berlin meine personenbezogenen Daten zum Zweck der veranstaltungsbezogenen Verwaltung verarbeitet.

Mit der Weitergabe meines akademischen Titels und Namens sowie meiner medizinischen Fachrichtung an die Referentinnen und Referenten der Veranstaltung bin ich

- einverstanden
- nicht einverstanden.

Widerrufsrecht:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an FB-Veranstaltungen@aekb.de oder durch eine schriftliche Erklärung gegenüber der Ärztekammer Berliner, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin widerrufen kann. Mir ist bewusst, dass mein Widerruf die Rechtmäßigkeit der bis zum Eingang der Erklärung erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Geschäftsbedingungen der Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung sowie die Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz/Fortbildungsmaßnahmen und bestätige meine verbindliche **Anmeldung zum Kurs *Qualifikation Tabakentwöhnung nach den Curricula der Bundesärztekammer*** gemäß den Angaben auf Seite 1.

Datum / Unterschrift: _____



Geschäftsbedingungen

Die Teilnehmerplätze werden in der Reihenfolge des Eingangs der schriftlichen Anmeldung vergeben. Die Anmeldung ist verbindlich. Mit der Anmeldung zur Fortbildungsmaßnahme ist die Verpflichtung verbunden, das fällige Teilnehmerentgelt so rechtzeitig auf das genannte Konto zu überweisen, dass das Entgelt sechs Wochen vor Veranstaltungsbeginn bzw. übereinstimmend mit der Zahlungsfrist gemäß Rechnungsstellung gebucht ist.

Der Rücktritt von der Kursanmeldung bedarf der Schriftform; es werden folgende Stornoentgelte geltend gemacht:

- Rücktritt 3 Wochen vor Kursbeginn: 10% des Teilnehmerentgelts (mindestens jedoch 25 €),
- Rücktritt 2 Wochen vor Kursbeginn: 30% des Teilnehmerentgelts
- Rücktritt innerhalb einer Frist von 7 Tagen vor Kursbeginn oder bei Nichterscheinen: volles Teilnehmerentgelt.

Maßgeblich für die Berechnung des Stornoentgelts ist der Eingang der Absage bei der o.g. Anschrift.

Wird seitens der Ärztekammer Berlin eine Fortbildungsmaßnahme abgesagt, erhält die hierfür angemeldete Person unverzüglich Nachricht. Bereits gezahltes Teilnehmerentgelt wird in voller Höhe kostenfrei erstattet. Weitere Haftungsansprüche bestehen nicht.

Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz / Fortbildungsmaßnahmen

Die Ärztekammer Berlin ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft und erfüllt als solche die ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben. Hierfür ist es erforderlich, personenbezogene Daten zu verarbeiten. Mit den folgenden Informationen möchten wir Sie über die Datenverarbeitung im hier vorliegenden Zusammenhang und über Ihre Rechte gemäß EU Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), Berliner Kammergesetz (BerlKG) und Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) informieren. Weitere Informationen erhalten Sie auf Anfrage und finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de unter dem Pfad „Über uns/Kontakt/Hilfe/Datenschutzerklärung der Ärztekammer Berlin“.

| | |
|---|--|
| Name und Anschrift des Verantwortlichen | Ärztekammer Berlin Körperschaft des öffentlichen Rechts Friedrichstraße 16 10969 Berlin |
| Name und Anschrift der Datenschutzbeauftragten | Frau Ass. jur. Maren Stienecker Friedrichstraße 16 10969 Berlin Tel.: 030-40806-2620 Fax: 030-40806-55-2620 |
| Kategorien der Daten | Personenstammdaten, Adressdaten, Erreichbarkeitsdaten, Qualifikationsdaten |
| Zweck und Umfang der Datenverarbeitung | <p>Für die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen der Ärztekammer Berlin werden Ihre personenbezogenen Daten von uns gemäß den Bestimmungen des geltenden Datenschutzrechts und nur in dem Umfang erhoben, verarbeitet und gespeichert, der zur Vertragsabwicklung, Leistungserbringung, Abrechnung, Kontaktaufnahme oder zur Teilnehmerinformation erforderlich ist.</p> <p>Wir verwenden Ihre Daten zur Organisation der Veranstaltung, insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none">- zur Erstellung der Teilnehmerliste (akademischer Titel, Name)- zur Erstellung von Namensschildern (akademischer Titel, Name)- zur Erstellung von Teilnahmebescheinigungen (akademischer Titel, Name, Geburtsdatum)- ggf. zur Kenntnissgabe an die Kursleiter / Referenten / Moderatoren der Veranstaltung (akademischer Titel, Name, medizinische Fachrichtung, Tätigkeit)- ggf. zur organisatorischen bzw. inhaltlichen Konzeption der Veranstaltung inkl. Versand von veranstaltungsrelevanten Informationen und Materialien, z.B. Veranstaltungsprogramm, Handout, Zugangsdaten zur E-Learning-Plattform der Ärztekammer Berlin (Name, Facharztstatus, E-Mail-Adresse, medizinische Fachrichtung, Tätigkeit) |
| Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung | Artikel 6 Absatz 1 lit. b), Artikel 6 Absatz 1 lit e) Absatz 2 und 3 lit. b) DSGVO iVm. § 4 Absatz 1 Nr. 3 Berliner Kammergesetz. |
| Dauer der Datenspeicherung und Empfänger von Daten | Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten, solange wie dies für die Organisation der Fortbildungsmaßnahme erforderlich ist. Eine Weitergabe dieser Daten an Dritte, z.B. Dozenten bzw. Referenten, erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung. |
| Betroffenenrechte | Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Einsicht, Berichtigung und Löschung (nach Ablauf der o.g. Zeiträume), Einschränkung und Widerspruch zu Ihren personenbezogenen Daten zu. Bitte wenden Sie sich hierfür gerne an uns. Wenn Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt, können Sie sich bei der Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstraße 219, 10969 Berlin, beschweren. |