



Mehlplatz 1, 8010 Graz

Tel.: +43 316 813 540

E-Mail: office@gvgst.at

BLAULICHTBEANTRAGUNG

Das Ansuchen ist an die GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH zu senden!

Amt der Steiermärkischen Landesregierung

Verkehr und Landeshochbau, Abt. 16

Stempfergasse 7, 8010 Graz

E-Mail: abteilung16@stmk.gv.at

Antragsteller/in

Titel Vorname Nachname

Adresse vom Hauptwohnsitz:

Straße Hausnummer PLZ Ort

Adresse der Ordination / der Niederlassung (sofern vorhanden):

Straße Hausnummer PLZ Ort

Der Bereitschaftsdienst wird vom Hauptwohnsitz Ordinationssitz aus angetreten.

UID-Nr. (sofern vorhanden):

Ordinations-Tel. Nr.:

und Mobil-Tel. Nr.:

E-Mail:

Fahrzeugdaten:

Kraftfahrzeugtype:

Polizeiliches Kennzeichen:

FIN (Fahrzeugidentifikationsnummer):

Regionen im Bereitschaftsdienst:

Hauptregion

(Gebuchte Region im Bereitschaftsdienst)

1.weitere Region

2.weitere Region

Mit Angabe von max. zwei weiteren Regionen wird bestätigt, dass diese Regionen - bei Bedarf - im gebuchten Bereitschaftsdienst jedenfalls mit betreut werden.



Begründung

Ich ersuche die Gesundheitsversorgungs-GmbH um Bestätigung meiner Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst zur Antragstellung **gem. § 20 Abs 5 lit d KFG**.

Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Dem Ansuchen ist folgende Beilage in Fotokopie anzuschließen:

Gut lesbare Kopie des Zulassungsscheins (Vorder- u. Rückseite bei Scheckkartenformat)

Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten für die Bearbeitung der Blaulichtbewilligung, als auch der notwendigen Weiterleitung an weitere Stellen (Behörde) zum Zwecke der Bearbeitung der Blaulichtbewilligung ein.

Die Daten werden ausschließlich für das Verfahren der Blaulichtgenehmigung, zugehörige weitere Bearbeitung bezogen auf die Blaulichtgenehmigung und zur Erhebung statistischer Zwecke seitens der Gesundheitsversorgungs- GmbH (GVG) genutzt. Die Verarbeitung oder Nutzung der Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung ist nicht Bestandteil der Einwilligung.

Ich habe das Recht jederzeit die datenschutzrechtliche Einwilligung rückgängig zu machen (zu widerrufen). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen.

Unterschrift Antragsteller/-in

Bestätigung der Gesundheitsversorgungs-GmbH über die Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Steiermark

Hiermit bestätigen wir die Teilnahme von _____ am ärztlichen Bereitschaftsdienst, sowie die Übernahme von 20 Diensten (Visiten-Fahrdienste à 5 Stunden pro Jahr) **gem. § 20 Abs 5 lit d KFG**.

Datum

Gesundheitsversorgungs-GmbH