

An die  
Bezirksärztekammer Südbaden  
Sundgauallee 27  
79114 Freiburg

Anlage 2

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich für die Klinik/Institution  
\_\_\_\_\_ den Beitritt zur  
Kooperationsvereinbarung des Weiterbildungsverbands Allgemeinmedizin  
Waldshut (WAW).

Die Klinik/Institution ist als Weiterbildungsstätte zugelassen. Herr/Frau  
\_\_\_\_\_ ist/sind im Umfang von \_\_\_\_\_ zur Weiterbildung in der  
Fachkompetenz \_\_\_\_\_ befugt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Bezirksärztekammer Südbaden nach Eingang meiner Beitrittserklärung die einrichtungsbezogenen Daten, bestehend aus Anschrift der Klinik / Institution, Telefon-, Telefaxnummern, E-Mail-Adressen sowie den Umfang der Befugnis zur Weiterbildung, an die Koordinierungsstelle weiterleitet. Diese Daten werden bei der Koordinierungsstelle gespeichert und dürfen für Zwecke dieser Kooperationsvereinbarung an die anderen Kooperationspartner sowie interessierten Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung und an den ärztlichen Kreisverein übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Kooperationsvereinbarung jederzeit kündigen kann. Mit Eingang der Kündigung werden die einrichtungsbezogenen Daten bei der Koordinierungsstelle gelöscht.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Kontaktdaten der Klinik / Institution (Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse,  
ggf. Stempel)