

Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Notarzt	<input type="checkbox"/> Außenarzt	<input type="checkbox"/> leitender NA	<input type="checkbox"/> Verl. Arzt
------------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Persönliche Daten

Name			
Vorname			
Straße			
PLZ			
Wohnort			
Geb.-Datum			
Zulassungsnummer(n)	LNAR:	BSNR:	BSNR:

Erreichbarkeit

<input type="checkbox"/> privat	
<input type="checkbox"/> mobil	
<input type="checkbox"/> dienstlich	
<input type="checkbox"/> diverse	
FME	
<input type="checkbox"/> eMail privat	
<input type="checkbox"/> eMail dienstlich	
sonstige Erreichbarkeit	

Arbeitgeber/Tätigkeit

Fachrichtung		
Arbeitgeber		<input type="checkbox"/> eigene Praxis
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		

Nutzung:

Maßgeblich für die Verwendung Ihrer Daten sind die jeweils geltenden Bestimmungen des Zweckverbandes für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Nordoberpfalz. Die ILS Nordoberpfalz verwendet die erhobenen Daten für grundlegende Alarmierungs- und Einsatzzwecke. Die Daten zu Ihrer Person verwenden wir ausschließlich zur Verwaltung und Nutzung in unserem Alarmierungs- und Einsatzleitsystems. Die ILS Nordoberpfalz übermittelt Ihre persönlichen Daten generell nicht an Dritte. Soweit Ihre Daten nicht mehr für Alarmierungs- und Einsatzzwecke erforderlich sind, werden diese gelöscht. Falls Sie Fragen zu der Verwendung Ihrer Daten haben stehen wir gerne zur Verfügung.

Einverständniserklärung:

Ja, ich bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten im Alarmierungs- und Einsatzleitsystem und den obig abgedruckten Bestimmungen und Ausführungen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift