

**Anlage 1**  
**zur Kooperationsvereinbarung**  
**Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin Landkreis Lörrach**  
**vom 29.11.2022**

An die  
Bezirksärztekammer Südbaden  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Kooperationsvereinbarung

Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin Landkreis Lörrach

Ich bin als

- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin mit Option in die hausärztliche Versorgung
- Facharzt für \_\_\_\_\_

niedergelassen und verfüge über eine Befugnis zur Weiterbildung für die Dauer von  
\_\_\_ Monaten

- in der Fachkompetenz Allgemeinmedizin / dem Abschnitt „Ambulante hausärztliche Versorgung“.
- in der Fachkompetenz \_\_\_\_\_.

Ich bin damit einverstanden, dass die Bezirksärztekammer Südbaden nach Eingang meiner Beitrittserklärung meine personenbezogenen Daten, bestehend aus Namen, Vornamen, akademischen Titeln und Graden, Facharztbezeichnungen, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, Anschrift/en der Niederlassung/en, Telefon-, Telefaxnummern, E-Mail-Adressen sowie den Umfang meiner Befugnis zur Weiterbildung, unverzüglich an die Clearingstelle nach § 5 dieses Kooperationsvertrages weiterleitet. Meine Daten werden bei der Koordinierungsstelle

gespeichert und dürfen für Zwecke dieses Kooperationsvertrages an die anderen Vertragspartner sowie interessierte Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung übermittelt werden.

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

---

Ort, Datum

---

Name, Vorname (Teilnehmer/in)

---

Unterschrift (Stempel)