

Ausbildungsstätte:

Inhaber:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

**Tierärztekammer Sachsen-Anhalt
Körperschaft des Öffentlichen Rechts**

Walter-Hülse-Straße 9
06120 Halle (Saale)

E-Mail: poststelle@tk-st.de

**Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a EU-DSGVO
zur Veröffentlichung
als Ausbildungspraxis**

Hiermit erkläre ich freiwillig mein Einverständnis mit der Verarbeitung und Herausgabe meiner personenbezogenen Daten (Name und Titel/Grad, Praxisanschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) durch die Tierärztekammer Sachsen-Anhalt zum Zweck der Kontaktaufnahme von Ausbildungssuchenden oder sonstige Interessenten (Eltern von Minderjährigen, Schülerpraktikanten u.s.w.) mit der Ausbildungspraxis.

Gleichzeitig willige ich ein, dass auf Nachfrage meine Praxis als Ausbildungspraxis für Ausbildungssuchende und Praktikanten benannt werden darf.

Diese Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs ist dieser handschriftlich unterzeichnet an die Adresse der Tierärztekammer Sachsen-Anhalt schriftlich oder per E-Mail zu senden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort/Datum

Unterschrift