



Bezirksärztekammer Trier  
Schönbornstr. 10  
54295 Trier

Fax: 0651/994759-22

**Datenschutzerklärung für Stellenanbieter  
zur Veröffentlichung in der Stellenbörse**

Fachgebiet: \_\_\_\_\_

(akadem. Grad), Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geplante Einstellung des Weiterbildungsassistenten zum: \_\_\_\_\_

Datum

Ich verpflichte mich, umgehend die Besetzung der Stelle anzuzeigen.

**Erklärung gemäß Art. 6 Abs. 1 DS-GVO:**

Ich bin damit einverstanden, dass eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner oben angegebenen Daten zum Zwecke der Veröffentlichung in der Stellenbörse auf der Homepage der Bezirksärztekammer Trier vorgenommen wird und auf Nachfrage von Stellensuchenden an diese übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift