TIERGESUNDHEITSDIENST

TIERGESUNDHEITSDIENST
TGD Salzburg

Geschäftsstelle: Fanny-von-Lehnert-Straße 1
Postfach 527, 5020 Salzburg
Telefon: 0662/8042-3620, Fax: 0662/8042-3886

Teilnahmevertrag – Tierarzt

gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F.

Titel/Vor-/Nachname ..... Vet-Nr. ☐☐☐☐

Berufsitz: Straße/Nr. ……..... PLZ/Ort .....

Tel.-/Mobil-Nr. …..……..... Fax-Nr. .....

E-Mail ..... Bezirk …….....

TGD Verantwortung ❍ Freiberuflich tätig ❍ Mitarbeit/Angestellt bei ……..

Praxisführung ❍ Einzelpraxis ❍ Praxisgemeinschaft ……

❍ Tierärztegesellschaft ……

Tierärztliche Hausapotheke (Name/VetNr/Adresse des apothekenführenden Tierarztes wenn abweichend von oben)

…….....……..

Ich erkläre meine Teilnahme gem. der Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F. zum „Landes Tiergesundheitsdienst". Weiters verpflichte ich mich, die Regelungen des Landes TGD einzuhalten. Insbesondere verpflichte ich mich, die Bestimmungen der Tiergesundheitsdienst-Verordnung i.d.g.F. einzuhalten.

Einzugsermächtigung:

Geldinstitut ____ Bankleitzahl ____ Girokonto-Nr. ____

Ermächtigung:
Ich ermächtige den Landes TGD, die einzuhebenden Beiträge (u.a. Teilnehmerbeitrag, Verwaltungskostenbeiträge) bis auf Widerruf von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

1. Zustimmungserklärung gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 i.d.g.F.:
Ich stimme der Verwendung aller mich betreffenden personen- und betriebsbezogenen Daten (insbesondere auch Befundergebnisse) und der Übermittlung durch den Landes TGD zur elektronischen Erfassung und Bearbeitung zu. Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe dieser Daten durch den Landes TGD

a) an die zuständigen Kontrollorgane, soweit sie für die Kontrolle im Rahmen des TGD eine wesentliche Voraussetzung bilden,
b) an die für Tierarzneimittelkontrollen zuständigen Behörden, soweit sie für die Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bilden und
c) an die Organisationen (z.B. Zuchtverbände), die bei der Umsetzung von TGD Programmen involviert sind, zu.

Eine sonstige Übermittlung an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher Erteilung meiner Zustimmung und nur für Zwecke, die mit den Aufgaben beziehungsweise Zielen des Tiergesundheitsdienstes im Zusammenhang stehen.
Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmungserklärung gemäß Datenschutzgesetz jederzeit von mir schriftlich beim Landes TGD widerrufen werden kann, was die sofortige Einstellung aller Datenübermittlungen bewirkt (ausgenommen Übermittlungen aufgrund gesetzlicher Übermittlungsbestimmungen). Der ordnungsgemäße Widerruf hat allerdings zur Folge, dass dies zum Ausschluss vom Landes TGD führt.
Ich nehme zur Kenntnis, dass der Landes TGD externe Stellen mit der zentralen Verrechnung beauftragen kann.

2. Verpflichtungserklärung:
Ich verpflichte mich, Kontrollorganen, die im Rahmen des TGD kontrollieren, den Zutritt zu den nach Ansicht der Kontrollorgane maßgeblichen Räumlichkeiten zu ermöglichen und die verlangten Auskünfte zu erteilen.

3. Kündigungsklausel:
Dieser Vertrag kann von beiden Seiten unter Einhaltung einer 2-monatigen Kündigungsfrist oder im beidseitigen Einvernehmen sofort schriftlich gekündigt werden, sofern kein aufrechter Betreuungsvertrag besteht. Andernfalls muss der Betreuungsvertrag vorher ordnungsgemäß lastenfrei schriftlich gekündigt worden sein.

4. Teilnahmebeginn:
Dieser Vertrag ist an die TGD Geschäftsstelle zu senden. Nach Gegenzeichnung und Festlegung des Teilnahmebeginns durch die TGD Geschäftsstelle, wird Ihnen eine Kopie übermittelt.

TIERARZT		**TIERGESUNDHEITSDIENST SALZBURG**	
.....	.....	.....	.....
Datum	Unterschrift Tierarzt	TEILNAHMEBEGINN	Unterschrift TGD Geschäftsstelle