

Antragsteller: _____ Tel.: _____
 Hauptapotheke _____ Fax: _____
 Straße _____ E-Mail: _____
 PLZ/Ort _____ Homepage: _____

Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz
 -Zertifizierungsstelle-
 Am Gautor 15
 55131 Mainz

**Antrag auf Zertifizierung der Apotheke/
 des Apothekenverbundes**

Aktenzeichen _____

Erstzertifizierung Rezertifizierung Erweiterung

Hauptapotheke:		Aktenzeichen der Erstzertifizierung	
QM-Beauftragte/r im Betrieb: (gemäß § 4 Abs. 2 QMS-Satzung)	(Vor- und Zuname)	Personalstand	
		Umgerechnet auf Vollzeitstellen	
1. Filialapotheke:		Telefon:	
Straße:		Fax-Nr.:	
PLZ/Ort:		E-Mail:	
QM-Beauftragte/r im Betrieb)	(Vor- und Zuname)	Personalstand	
		Umgerechnet auf Vollzeitstellen	
2. Filialapotheke:		Telefon:	
Straße:		Fax-Nr.:	
PLZ/Ort:		E-Mail:	
QM-Beauftragte/r im Betrieb)	(Vor- und Zuname)	Personalstand	
		Umgerechnet auf Vollzeitstellen	
3. Filialapotheke:		Telefon:	
Straße:		Fax-Nr.:	
PLZ/Ort:		E-Mail:	
QM-Beauftragte/r im Betrieb)	(Vor- und Zuname)	Personalstand	
		Umgerechnet auf Vollzeitstellen	
Datum letztes Audit:		Ablauf Zertifikat:	
Im QMS wurden folgende Ausschlüsse zu den Anforderungen der QMS-Satzung vorgenommen: (Die Ausschlussgründe sind dokumentiert)			

Anzahl gewünschte Zertifikate (max. 3) Anzahl gewünschte Logo-Aufkleber:

Ich bitte, die fälligen Gebühren (Geb. Ordn. §1) von meinem Konto _____
 bei der _____ - (BLZ _____) einzuziehen.

Ich erkläre, sämtliche Zertifizierungsanforderungen zu erfüllen und jegliche zur Auditierung
 erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen.

Ort / Datum _____

Unterschrift / Stempel _____

Anlagen:

QMS-Handbuch gedruckt
 Bescheinigungen über externe Überprüfungen
 Lageplan der Apotheke(n), wenn möglich
 vorgelegt

QMS-Handbuch in elektronischer Form
 Aktuelle Personallisten mit Berufsangabe
 QM-Review des Vorjahres, sofern nicht schon

Schriftliche Einwilligung gemäß EU Datenschutz GVO

Die im umseitigen Antrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Berufsbezeichnung, Kontaktdaten, Bankdaten, werden aufgrund der angegebenen Rechtsgrundlage erhoben.

Die mit dem Antrag weiterhin einzureichenden apothekeneigenen Daten, insbesondere das QM-Handbuch, Zertifikate, interne Berichte, Angaben zum Personalstand, die ebenfalls zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage der QMS-Satzung der Landesapothekerkammer erhoben, verarbeitet und zur Durchführung des beauftragten Verfahrens an einen Auditor und die Mitglieder der Zertifizierungskommission weitergegeben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass die Landesapothekerkammer im Falle der erfolgreichen Zertifizierung folgende Daten auf ihrer Homepage veröffentlicht:
Name und Ort der Apotheke, Besitzer/Leiter der Apotheke, Laufzeitende des Zertifikates.
- Ich willige ein, dass die Landesapothekerkammer im Falle der erfolgreichen Zertifizierung folgende Daten im Kammerrundschreiben veröffentlicht:
Name und Ort der Apotheke, Besitzer/Leiter der Apotheke.
- Ich willige ein, dass mir die Zertifizierungsstelle der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz postalisch oder per Mail Erinnerungen an fällige Termine und ggf. weitere Informationen zum QMS übersendet.

Ort, Datum

Unterschrift «Antragsteller_Zusatzanrede»
«Antragsteller_Namenszeile1»

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Nach Art. 15 DSGVO haben Sie das Recht von der Zertifizierungsstelle der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz **Auskunft** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten erhalten.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Zertifizierungsstelle der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner für die Antragsbearbeitung nicht zwingend erforderlicher personen- oder apothekenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten zu den bestehenden Basistarifen.