

Antragsteller _____ Tel. _____
 Hauptapotheke _____ Fax _____
 Straße _____ Email _____
 PLZ / Ort _____ Homepage _____

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

Antrag auf Zertifizierung des Apothekenverbundes Aktenzeichen _____
 Erstzertifizierung Rezertifizierung Erweiterung

Hauptapotheke		Vorheriges Aktenzeichen	
QM-Beauftragte/r im Betrieb	(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:			
Unser QM wird betreut von / wir werden zu QM-Fragen beraten von (Firma, Anbieter):			
Anzahl gewünschte Zertifikate:		Anzahl gewünschte Logo-Aufkleber:	
Digitales QM-Logo erwünscht? Ja – nein:		Auditdauer gem. Personalstand:	

Ich bitte, die fälligen Gebühren (§1 Gebührenordnung) von meinem Konto einzuziehen:

IBAN: _____ BIC: _____

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

Ort / Datum _____

Anlagen:

- QMS-Handbuch auf CD / auf Stick
- Bescheinigungen über externe Überprüfungen
- Lageplan der Apotheke(n), wenn möglich

Unterschrift / Stempel _____

- Auditorenzugang zum QMS-Handbuch
- Aktuelle Personalisten mit Berufsangabe
- QM-Review für den Zeitraum vor dem Audit

Schriftliche Einwilligung gemäß EU DatenschutzGVO

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

Die mit dem Antrag 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

Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Nutzungszecke an:

- Ich willige ein, dass die Landesapothekerkammer im Falle der erfolgreichen Zertifizierung folgende Daten auf ihrer Homepage veröffentlicht: Name und Ort der Apotheke/n, Besitzer/Leiter der Apotheke/n, Laufzeitende des Zertifikates.
- Ich willige ein, dass die Landesapothekerkammer im Falle der erfolgreichen Zertifizierung folgende Daten im Kammerrundschreiben veröffentlicht: Name und Ort der Apotheke/n, Besitzer/Leiter der Apotheke/n.
- Ich wünsche *keine* Veröffentlichung meiner Zertifizierung auf der kammereigenen Homepage oder im Kammerrundschreiben.
- Ich willige ein, dass mir die Zertifizierungsstelle der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz postalisch oder per Mail Erinnerungen zu fälligen Terminen zum QMS übersendet.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

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 Email oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten zu den bestehenden Basistarifen.