

**Einwilligungserklärung
Parenteralia herstellende Apotheken
in Baden-Württemberg**

Mitteilung an die

Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
Pharmazie + Wissenschaft
Villastraße 1
70190 Stuttgart

per Telefax: 0711 99347-41

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass in meiner Apotheke Parenteralia nach den geltenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere § 35 Apothekenbetriebsordnung hergestellt werden. **Mit der Erhebung und Speicherung der untenstehenden E-Mail-Adresse sowie der Veröffentlichung der der Landesapothekerkammer bereits vorliegenden Angaben zu Apothekenname, Name des/der Apothekenleiter/in, Apothekenanschrift, Telefon- und Telefaxnummer, E-Mail-Adresse in der „Liste der Parenteralia herstellenden Apotheken in Baden-Württemberg“ erkläre ich mich einverstanden.**

Die notwendigen Daten werden aus der Mitglieder-Datenbank der LAK jeweils aktuell übernommen.
Folgende E-Mail-Adresse wird in den Datenbestand aufgenommen:

E-Mail*

* Bitte geben Sie keine personalisierte E-Mail-Adresse an. Da sich personalisierte E-Mail-Adressen oft ändern, eignen sich nur allgemeine E-Mail-Adressen zur Veröffentlichung

Die Liste wird bei der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg geführt und auf Anfrage an das Sozialministerium Baden-Württemberg, die Regierungspräsidien, Apotheken, Ärzte und Patienten weitergegeben. Sie hilft damit die Versorgung der Bevölkerung mit Parenteralia sicherzustellen. Daneben wird die Liste auf der Homepage der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg im öffentlichen Teil bekannt gemacht.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In diesem Fall werden die Daten aus der „Liste der Parenteralia herstellenden Apotheken in Baden-Württemberg“ gestrichen. Weiter ist mir bekannt, dass die Angaben freiwillig sind und ich jederzeit von meinem Auskunfts- und Berichtigungsrecht Gebrauch machen kann.

Ich werde die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg informieren, wenn sich bei den gemachten Angaben Änderungen ergeben.

Apothekenstempel

Ort, Datum

Unterschrift des Apothekenleiters/der Apothekenleiterin