



## BEITRITTSERKLÄRUNG

gem. Tiergesundheitsdienstverordnung idgF

*Bitte alle weißen Felder ausfüllen! Das Feld „MGL-Nummer“ wird von QGV ausgefüllt.*

<b>Vet.Nr.:</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>MGL-Nummer:</b>
<b>Zu- u. Vorname/ Titel</b>		<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Straße/Nr.:</b>		<b>PLZ/Ort:</b>
<b>Tel.:</b>		<b>Mobil:</b>
<b>Fax:</b>		<b>E-Mail:</b>
<b>TGD Verantwortung:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Freiberuflich tätig</b> <input type="checkbox"/> <b>Mitarbeit/Angestellte bei:</b>	
<b>Praxisführung:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Einzelpraxis</b> <input type="checkbox"/> <b>Praxisgemeinschaft mit:</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Tierärztesgesellschaft:</b> .....	
<b>Tierärztliche Hausapotheke</b> (wenn abweichend, Vet.Nr., Name, Adresse des apothekenführenden Tierarztes)		

**Verpflichtungserklärung:**

Ich erkläre meinen Beitritt zur QGV und damit gem. Tiergesundheitsdienst-Verordnung zum „Geflügelgesundheitsdienst“. Ich verpflichte mich, die Statuten, die Geschäftsordnung und Programmbestimmungen der Österreichischen Qualitätsgeflügelvereinigung (kurz: QGV) einzuhalten. Weiters verpflichte ich mich die Bestimmungen der TGD-VO einzuhalten. Außerdem gestatte ich Kontrollorganen, die im Rahmen des TGD kontrollieren, den Zutritt zu den nach Ansicht des Kontrollorgans maßgeblichen Räumlichkeiten, gewähre Einsicht in eben solche Unterlagen und erteile die verlangten Auskünfte.

**Gewünschte Zahlungsart für Rechnungen seitens der QGV (Mitgliedsbeiträge u.a.)**

**Abbuchung vom Konto**  **Erlagschein**

(IBAN ist nur bei gewünschtem Bankeinzug verpflichtend auszufüllen)

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**Ermächtigung:**

Ich ermächtige die QGV, Kosten, die im Rahmen der Umsetzung der Geflügelgesundheitsprogramme entstehen, allfällige QGV-Rechnungen für Probenziehungsmaterialien, Datenbankbeiträge sowie den QGV-Mitgliedsbeitrag 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.

**Zustimmungserklärung gemäß DSGVO idgF:**

Ich stimme der Verwendung aller mich betreffenden personen- und betriebsbezogenen Daten und Produktionsdaten (insbesondere auch Befundergebnisse) und der Übermittlung durch den Tierarzt und die Untersuchungsanstalt an den Geflügelgesundheitsdienst zur elektronischen Erfassung und Bearbeitung zu.

Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe dieser Daten durch den Geflügelgesundheitsdienst

a) an die zuständigen Kontrollorgane, soweit sie für die Kontrolle des Gesundheitsdienstes eine wesentliche Voraussetzung bilden und

b) an die für Tierarzneimittelkontrolle zuständigen Behörden, soweit sie für die Wahrnehmung der gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bilden zu.

Eine sonstige Übermittlung an Dritte erfolgt nur nach ausdrücklicher Erteilung meiner Zustimmung und nur für Zwecke, die mit den Aufgaben beziehungsweise Zielen des Geflügelgesundheitsdienstes im Zusammenhang stehen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmungserklärung gemäß Datenschutzgesetz jederzeit von mir schriftlich beim GGD 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 GGD führt.

**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. Die Frist beginnt mit dem Datum des Einlangens in der GGD Geschäftsstelle.

**Teilnahmebeginn:**

Die Teilnahme am GGD erfolgt, wenn die Beitrittserklärung im Original vorliegt. *Das Feld „MGL-Nummer“ wird von QGV ausgefüllt.*

..... Ort, Datum	..... Unterschrift Tierarzt	..... Teilnahmebeginn
---------------------	--------------------------------	--------------------------