

## Datenschutzrechtliche Einwilligung Registrierungsformular nur für Ärzte

### Persönliche Daten des Arztes

Titel

Vorname

Nachname

Fachrichtung/Berufliche Bezeichnung

### Berufliche Kontaktdaten des Arztes

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

Website

### Praxisart

alle Krankenkassen

nur Privatkassen

Hiermit willige ich ein, dass Novartis Pharma GmbH meine oben angegebenen personenbezogenen Daten zu Zwecken der Angabe als Arzt für Psoriasis auf den Novartis Webseiten sowie auf gedruckten Abgabekarten für Fachkreisangehörige erheben, verarbeiten und nutzen darf.

Bei der Veröffentlichung meiner Daten auf den Webseiten, kommt es zu einer Weitergabe der Daten an den von Novartis beauftragten Hosting-Dienstleister Host Europe (Host Europe Solutions GmbH, Verler Straße 6, 33332 Gütersloh).

Ich kann meine Zustimmung jederzeit zurückziehen, indem ich eine Widerrufserklärung an Novartis Pharma GmbH, MCC Infoservice, Roonstraße 25, 90429 Nürnberg, telefonisch unter 0911-273-12100 (Mo-Fr 8:00 bis 18:00 Uhr), per Fax unter 0911-273 12160 oder via E-Mail unter [infoservice@novartis.com](mailto:infoservice@novartis.com) schicke. Mir ist bekannt, dass im Falle eines Widerrufs, sich dieser nur auf die neue Verwendung meiner Daten bezieht, nicht aber auf Abgabekarten, die bereits an Fachkreisangehörige angegeben wurden.