

## Zugang zu den Online-Ressourcen der VMB

### Antrag auf Autorisierung für

Name \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

an die Virtuelle Medizinische Bibliothek

Der/die Unterzeichnete \_\_\_\_\_

in seiner Eigenschaft als Verantwortlicher des Diensts \_\_\_\_\_

der Einrichtung \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

konventioniert mit dem Gesundheitsbezirk \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ bestätigt, dass der Antragsteller

in folgender Einrichtung arbeitet \_\_\_\_\_

Straße/Platz \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_

mit einem Vertrag \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### ALLE FELDER SIND PFLICHTFELDER!

- ~~Wir~~ Wir setzen Sie darüber in Kenntnis, dass die Verarbeitung von persönlichen Daten in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Datenschutzes (laut GvD 2003/196) und der Datenschutz-Grundverordnung 2016/679 (DSGVO), erfolgt.
- Der Unterzeichnete verpflichtet sich, die VMB unverzüglich darüber zu unterrichten, wenn das Arbeitsverhältnis zwischen dem Bezieher von Userid/Passwort und der konventionierten Einrichtung beendet wird.
- Dem Unterzeichneten ist bekannt, dass falsche Angaben, Urkundenfälschung und der Gebrauch gefälschter Urkunden Straftaten im Sinne von Artikel 76 D.P.R. 28.12.2000 Nr. 445 darstellen und vom Gesetz verfolgt werden.

**Füllen Sie den Antrag in gut lesbarer Druckschrift aus und schicken Sie ihn per Fax an die Nummer **06.86282.250** oder per E-Mail an **segreteria@bmv.bz.it** die sensiblen Felder ausfüllen (Adobe Acrobat Reader DC wird benötigt, kostenlos zum Download).**