

# Neurologischer Qualitätszirkel Hamburg

HOTEL REICHSHOF HAMBURG 19.6.2019

Bitte senden Sie die Anmeldung bis spätestens Montag 17.6.2019 entweder per Fax an 04631/440237 oder per Email an [barbara.reiher@biogen.com](mailto:barbara.reiher@biogen.com).

## VERBINDLICHE TEILNAHME

Ich nehme an der Fortbildungsveranstaltung teil  Ich kann leider nicht teilnehmen

Nachname | Vorname | Titel

Name und Anschrift der Klinik | Praxis

E-Mail

Mobil

Telefon

Fax

## KOSTENÜBERNAHME

**Gesamtkosten pro Teilnehmer**

**ca. 141 EUR**

Wir nehmen zur Kenntnis, dass die Kosten für die gesamte Veranstaltung **Bewirtung, das anteilige Referentenonorar, Druckkosten** und ggf. weitere Kosten zur Durchführung der Veranstaltung beinhalten. Es werden nur notwendige und angemessene sowie nach dem FSA-Kodex maximal zulässige Kosten übernommen.

## DATENSCHUTZHINWEIS

In Übereinstimmung mit dem Datenschutzrecht verarbeitet die Biogen GmbH, Carl-Zeiss-Ring 6, 85737 Ismaning, Deutschland («Biogen») personenbezogene Daten, die wir von Ihnen erfassen, um Ihre Teilnahme an der o.g. Fortbildungsveranstaltung zu organisieren. Eine solche Erfassung ist notwendig, um Ihnen die ordnungsgemäße Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung zu ermöglichen und Ihnen in diesem Zusammenhang entsprechende nach dem Gesetz und FSA-Kodex zulässige Leistungen zur Verfügung zu stellen, und unsere Verarbeitung erfolgt zur Wahrung der berechtigten Interessen von Biogen als pharmazeutisches Unternehmen. Soweit erforderlich, kann Biogen Ihre personenbezogenen Daten an andere Unternehmen der Biogen-Gruppe weitergeben und auch Dritte (z. B. IT-Dienstleister) mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten beauftragen. Diese Dritten können sich außerhalb Europas befinden, aber Biogen wird sicherstellen, dass alle Empfänger vertraglich (z. B. durch Allgemeine Vertragsklauseln) und / oder gesetzlich dazu verpflichtet sind, die Datenschutzbestimmungen gemäß dem Datenschutzgesetz einzuhalten. Biogen speichert Ihre personenbezogenen Daten nur so lange, wie es für die Zwecke, für die sie erhoben werden, erforderlich ist. Sie können sich an Biogen wenden, wenn Sie auf Ihre personenbezogenen Daten zugreifen möchten oder Informationen über die personenbezogenen Daten benötigen, die Biogen über Sie gespeichert hat. Sie können der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten aus berechtigten Gründen widersprechen und deren Berichtigung oder Löschung verlangen. Sollten Sie es für erforderlich halten, haben Sie auch das Recht, eine Beschwerde bei Ihrer Datenschutzbehörde einzureichen. Wenn Sie Fragen hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben, können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten von Biogen wenden: [privacy@biogen.com](mailto:privacy@biogen.com).

## WICHTIGE INFORMATION

Begleitpersonen sind aus rechtlichen Gründen (FSA-Kodex) nicht gestattet. Die Biogen GmbH bestätigt, dass die Auswahl des Teilnehmers aus rein objektiven Gesichtspunkten erfolgt ist und ausschließlich Fortbildungszwecken dient. Die Firma Biogen GmbH weist den Teilnehmer darauf hin, dass die übernommenen Kosten vom Teilnehmer ggf. selbst versteuert werden müssen.

Ich sichere zu, dass ich die Teilnahme an der Veranstaltung und die von Biogen für meine Teilnahme übernommenen Kosten, falls einschlägig, meinem Arbeitgeber anzeige bzw. entsprechenden Gremien gegenüber, in denen ich tätig bin und die Einfluss auf den Absatz von Arzneimitteln von Biogen nehmen können (z.B. Arzneimittelkommissionen, Plenum des G-BA) offenlege.

Mit untenstehender Unterschrift genehmigen wir die von der Biogen GmbH finanzierte Fort- und Weiterbildung unseres Mitarbeiters/unsere Mitarbeiterin im Rahmen der genannten Veranstaltung. Wir sichern zu, dass die Annahme dieser Einladung durch die Biogen GmbH nicht gegen gesetzliche oder interne Vorschriften unserer Einrichtung oder ihres Trägers verstößt und für den Teilnehmer keine Dienstverpflichtung darstellt. Ferner bestätigen wir, dass der Mitarbeiter im Hinblick auf seine fachliche Tätigkeit ein berechtigtes Interesse hat, an der Veranstaltung teilzunehmen.

Hiermit bestätige ich, dass ich in keinem öffentlich-rechtlichen Angestelltenverhältnis arbeite, deshalb bedarf es keiner Dienstherrengenehmigung.

Dienstherr: Titel/Position und Name in Druckstaben

Stempel Dienstherr bzw. Klinikverwaltung

Unterschrift Dienstherr bzw. Klinikverwaltung

Unterschrift Teilnehmer

