



Antrag auf Zugang zu BMDnet

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder deutlich lesbar aus und faxen oder mailen Sie das Formular an das ZKRD (Faxnummer: 0731 / 1507-77507, E-Mail: it-support@zkrd.de)

Antrag auf Zugang zu:

Name der Institution:

- BMDnet-Entnahmeprogramm für Spenderdatei _____
- BMDnet-Patientenprogramm für Sucheinheit _____
- BMDnet-Patientenprogramm für
Transplantationszentrum _____

Antragstellerin/Antragsteller:

Titel: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Funktion: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Handy-Nr. (internetfähig): _____

Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt die Leiterin/der Leiter der Institution, dass die Antragstellerin/der Antragsteller den Zugang zu BMDnet für ihre/seine Tätigkeit in der Institution benötigt und dass die Antragstellerin/der Antragsteller über eine entsprechende und ausreichende Qualifikation verfügt und auf Datenschutz verpflichtet ist.

Wird ein Zugang nicht mehr benötigt (z. B. beim Ausscheiden einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters oder bei einem Wechsel der Tätigkeit in der Institution), wird das ZKRD umgehend informiert.

Datum

Unterschrift Leiterin/Leiter der Institution

Stempel