



EINSCHREIBEFORMULAR



ARBEITGEBER

Bezeichnung _____

Adresse _____ Nr. _____

Gemeinde _____ PLZ _____ Prov. _____

Steuernummer _____ MwSt. Nr. _____

Telefon _____ / _____ Fax _____ / _____

E-Mail _____ @ _____ Anzahl Mitarbeiter _____

Art*: Inhaber Sozietät Gesellschaft Genossenschaft Andere (spezifizieren _____)

Bereich: Verwaltung Recht Gesundheitswesen und Zahnheilkunde Technik Andere (spezifizieren _____)

Ausgeübte Tätigkeit _____ ATECO Kodex _____

*wenn "Art" verschieden von Inhaber: Steuernummer gesetzlicher Vertreter _____

Anzahl Freiberufler Teilhaber/Gesellschafter _____

1. Name _____ Nachname _____ Steuernummer _____

Berufsalbum _____ Qualifizierung _____

2. Name _____ Nachname _____ Steuernummer _____

Berufsalbum _____ Qualifizierung _____

3. Name _____ Nachname _____ Steuernummer _____

Berufsalbum _____ Qualifizierung _____

4. Name _____ Nachname _____ Steuernummer _____

Berufsalbum _____ Qualifizierung _____

Die Kanzlei/das Studio/der Betrieb erklärt, auf Grundlage des am 24. März 2017 in Bozen von den Sozialpartnern und der Confprofessioni unterzeichneten lokalen Abkommens zur ergänzenden Gesundheitsvorsorge für die Mitarbeiter von Freiberufler der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol, im Sinne des Art. 2, Abs. 3 des lokalen Abkommens unter eigener Verantwortung, folgendes Leistungspaket für seine Mitarbeiter zu wählen:

- Nationaler Gesundheitsfonds „CADIPROF“
- Gesundheitsfonds „CADIPROF Lokal“ von Mutual Help
- Gesundheitsfonds „CADIPROF Lokal PLUS“ von Mutual Help – das Studio/der Betrieb erklärt, dass er sich bei der Wahl dieses Leistungspaketes verpflichtet, zusätzlich zu dem im Art. 13 NAKV festgelegten Betrag den lt. Art. 4, Titel II des lokalen Abkommens vorgesehenen ergänzenden Betrag von 5,00 Euro pro Monat für jeden eingeschriebenen Mitarbeiter zu entrichten.

Gemäß Art 13 des GvD Nr. 196/2003 (sogenannter Datenschutzkodex), informieren wir Sie darüber, dass die Datenverarbeitung sämtlicher personenbezogener und sensibler Daten des Arbeitgebers und der jeweiligen Arbeitnehmer (hinsichtlich der gesundheitlichen Informationen), einzig zum gesetzlich vorgesehenen Zweck bzw. für die Durchführung der vertraglichen Verpflichtungen, sowie zu Informationszwecken über unsere Dienstleistungen, erfolgt. Die Datenverarbeitung erfolgt in den Räumlichkeiten der CADIPROF (nachfolgend als „Kasse“ bezeichnet) in Rom, wobei sich die Kasse der notwendigen elektronischer Mittel bedient um die obgenannten Ziele zu erreichen. Die Kasse trägt dafür Sorge und garantiert, dass die Datenverarbeitung durch geeignete Modalitäten erfolgt, welche die Sicherheit und die Vertraulichkeit der Daten gewährleisten und, dass die Daten nicht für andere als die obgenannten Zwecke verarbeitet werden. Zu wissenschaftlichen bzw. statistischen Zwecken können die Daten in anonymisierter Form dargestellt werden. Die Daten werden nur an unsere Mitarbeiter, Verantwortliche oder Beauftragte für die Datenverarbeitung weitergegeben. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass Daten, welche mit der Anfrage auf Erbringung von Dienstleistungen zusammenhängen, auch an UniSalute S.p.A oder Mutual Help weitergegeben werden, welche die Daten verarbeiten und ihrerseits an jene Subjekte weitergeben, die mit der Erbringung von zusätzlichen, privaten Krankenversorgungsleistungen beauftragt sind, wie Versicherungsgesellschaften und deren Gesundheitsdienstleister (Ambulatorien, wissenschaftliche Labore, Pflegestrukturen, Heilanstalten usw.). Die Bereitstellung der Daten ist notwendig, um eine genaue Ausführung der vertraglichen Verpflichtungen gewährleisten zu können und den gesetzlichen Vorschriften Folge zu leisten. Die Weigerung zur Bereitstellung der Daten bringt für die Kasse die Unmöglichkeit mit sich, diesen Verpflichtungen nachzukommen. Die betroffenen Personen besitzen die in Art. 7 des Datenschutzkodex genannten Rechte und im Besonderen das Recht auf Zugang zu den eigenen personenbezogenen Daten und, falls die Daten unvollständig oder falsch sind oder gesetzeswidrig verarbeitet wurden, das Recht darauf Richtigstellungen, Ergänzungen und/oder die Löschung der Daten zu beantragen. Gleichzeitig hat die betroffene Person das Recht, sich bei Vorliegen von Rechtfertigungsgründen der Verarbeitung zu widersetzen, indem eine entsprechende Anfrage an den Rechtsinhaber und den Verantwortlichen der Datenverarbeitung der CADIPROF bzw. an den gesetzlichen Vertreter p.t. der Gesellschaft gerichtet wird.

Datum _____ Unterschrift des Arbeitgebers _____

Ich erkläre in die auf der Webseite www.cadiprof.it ersichtliche Geschäftsordnung von CADIPROF Einsicht genommen zu haben und diese vollinhaltlich anzunehmen

Datum _____ Unterschrift des Arbeitgebers _____

BERATER

wenn dieser das Einschreibensuchen im Auftrag des Arbeitgebers ausführt

Bezeichnung _____

Anschrift _____ Nr. _____

Gemeinde _____ PLZ _____ Prov. _____

Steuernummer _____ MwSt. Nr. _____

Telefon _____ / _____ Fax _____ / _____

E-Mail _____ @ _____

Tätigkeit: Arbeitsrechtsberater Buchprüfer Wirtschaftsberater oder Buchhaltungsservice Andere (spezifizieren): _____

Gemäß den Bestimmungen des GvD Nr. 196/2003 über den Datenschutz und hinsichtlich der obigen Erklärungen, erkläre ich, jene Personen, auf welche sich die gegenständliche Einschreibung bezieht, über den institutionelle Zweck der CADIPROF informiert zu haben und von den betroffenen Personen ermächtigt worden zu sein, die Datenverarbeitung vorzunehmen. Dies betrifft lediglich die gesetzlichen bzw. vertraglichen Zwecke. Entsprechend wird die Ermächtigung erteilt, sämtliche Mitteilungen an die obgenannten Kontaktdaten des Arbeitgebers zu übermitteln.

Datum _____ Unterschrift Berater _____

Das vorliegende Formular und evtl. beigelegte Dokumentation an folgende Adresse schicken:

email iscrizioni@cadiprof.it

fax 06 5918506



ARBEITGEBER

Bezeichnung _____

Steuernummer _____

MwSt. Nr. _____

MITARBEITER

1) **Nachname** _____

Name _____

Geburtsdatum: TT ___ MM ___ JJJJ _____ **Geschlecht** M W

Steuernummer: _____

geboren in : Gemeinde _____ **Prov.** _____

wohnhaft in: Adresse _____ **Nr.** _____ **PLZ** _____ **Gemeinde** _____ **Prov.** _____

Tel _____ / _____ **Mobil** _____ / _____ **Fax** _____ / _____

E-Mail _____ @ _____ . _____

Angestellte/r **Art der Anstellung¹⁾** _____ **Dauer²⁾** _____ **Anstellungsdatum:** TT ___ MM ___ JJ ___

freie/r Mitarbeiter/in **Vertragsdauer (Monate)** _____ **Anstellungsdatum:** TT ___ MM ___ JJ ___

Praktikant/in **Datum Beginn Praktikum:** TT ___ MM ___ JJ ___

2) **Nachname** _____

Name _____

Geburtsdatum: TT ___ MM ___ JJJJ _____ **Geschlecht** M W

Steuernummer: _____

geboren in : Gemeinde _____ **Prov.** _____

wohnhaft in: Adresse _____ **Nr.** _____ **PLZ** _____ **Gemeinde** _____ **Prov.** _____

Tel _____ / _____ **Mobil** _____ / _____ **Fax** _____ / _____

E-Mail _____ @ _____ . _____

Angestellte/r **Art der Anstellung¹⁾** _____ **Dauer²⁾** _____ **Anstellungsdatum:** TT ___ MM ___ JJ ___

freie/r Mitarbeiter/in **Vertragsdauer (Monate)** _____ **Anstellungsdatum:** TT ___ MM ___ JJ ___

Praktikant/in **Datum Beginn Praktikum:** TT ___ MM ___ JJ ___

3) **Nachname** _____

Name _____

Geburtsdatum: TT ___ MM ___ JJJJ _____ **Geschlecht** M W

Steuernummer: _____

geboren in: Gemeinde _____ **Prov.** _____

wohnhaft in: Adresse _____ **Nr.** _____ **PLZ** _____ **Gemeinde** _____ **Prov.** _____

Tel _____ / _____ **Mobil** _____ / _____ **Fax** _____ / _____

E-Mail _____ @ _____ . _____

Angestellte/r **Art der Anstellung¹⁾** _____ **Dauer²⁾** _____ **Anstellungsdatum:** TT ___ MM ___ JJ ___

freie/r Mitarbeiter/in **Vertragsdauer (Monate)** _____ **Anstellungsdatum:** TT ___ MM ___ JJ ___

Praktikant/in **Datum Beginn Praktikum:** TT ___ MM ___ JJ ___

1) die Art des Angestelltenverhältnisses des Mitarbeiters angeben Vollzeit (FT), Part Time (PT), Lehre (AP), Job Sharing (JS), Telearbeit (TL)

2) angeben, ob der Mitarbeiter unbefristet (TI), befristet (TD), saisonal (ST) angestellt ist

Befreiungserklärung (GvD Nr. 196/2003): Die Daten werden im Rahmen der kollektivvertraglichen Verpflichtungen (Art. 13 des NAKV der Mitarbeiter von Freiberufler) und im Zusammenhang mit der Einsetzung der CADI PROF als zusätzliche, private Krankenversicherung für die Angestellten des Betriebes, erhoben und verarbeitet. Die Weigerung zur Bereitstellung der Daten bringt für die Kasse die Unmöglichkeit mit sich, die Einschreibung vorzunehmen und die entsprechende Dienstleistung zu erbringen. Die Daten des Arbeitgebers – außer den anagrafischen Daten der Arbeitnehmer – können auch anderen Behörden und Institute, welche in obgenanntem Kollektivvertrag vorgesehen sind, weitergeleitet werden. Diese verarbeiten die Daten zwecks Erreichung der jeweiligen institutionellen Zwecke. Die Betroffenen haben gem. Art 7 GvD Nr. 196/2003 das Recht, Zugang zu ihren personenbezogenen Daten zu erhalten, diese zu ändern und Auszüge aus dem informatischen Archiv zu beantragen. Der Rechtsinhaber der Datenverarbeitung ist CADI PROF, der Verantwortliche für die Datenverarbeitung der jeweilige gesetzliche Vertreter p.t.

DATUM _____

Unterschrift des Antragstellers (Arbeitgeber/Berater) _____