



BUS Dienst

Betriebsärztliche und Sicherheitstechnische Beratung

Kreuzen Sie bitte Ihre gewünschte Leistung an und faxen Sie uns Ihre Anmeldung an **0251/ 507 65 533** zurück.

Praxisführung:

BuS-Schulung „Arbeitsschutz für die eigene Zahnarztpraxis“ (Schulung des Praxisinhabers zum Sicherheitsverantwortlichen seiner Praxis)	An Datum :	107,10- € <input type="checkbox"/>
BuS-Dienst, Betriebsärztliche + Sicherheitstechnische Betreuung (Bitte Kopie der Teilnahmebestätigung der BuS-Schulung beifügen.)		Kurs-Nr: Betreuungspauschale 185- € (92,50- € pro Jahr) <input type="checkbox"/>
BuS-Schulung + Betreuungspauschale für 2 Jahre (Die Betreuung durch den BuS-Dienst beginnt mit der Teilnahme an der BuS-Schulung, bitte die unterzeichnete Vereinbarung beifügen.)		292,10- € <input type="checkbox"/>

Verbindliche Anmeldung

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen des BuS-Dienst und der Akademie für Fortbildung der ZÄKWL (einsehbar unter www.zahnaerzte-wl.de) werden Bestandteil des mit uns geschlossenen Vertrags. Mit Unterschrift dieser Anmeldung akzeptieren Sie deren Geltung. Hinweise zum Datenschutz erhalten Sie unter www.zahnaerzte-wl.de/dsgvo.

Kursteilnehmer: (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum) Anschritt: Datum, Unterschrift Teilnehmer Zahlungspflichtiger sofern abweichend: (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum) Zahlungspflichtiger Adresse / ggfs. Praxisstempel: Datum, Unterschrift Zahlungspflichtiger	<input type="checkbox"/> Zahlung per Überweisung
	<input type="checkbox"/> SEPA Lastschriftmandat Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mandatsreferenz (ggfs. von ZÄKWL auszufüllen) _____ Mandatsreferenz (Mitglieds-/Teilnehmer-Nr.) _____ Kontoinhaber _____ Vorname und Name _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ und Ort _____ Kreditinstitut (Name) _____ BIC _____ D E _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ IBAN _____ Ort, Datum Unterschrift _____

Vereinbarung über die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Kleinbetrieben

zwischen der

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZÄKWL), Körperschaft des öffentlichen Rechts,
Auf der Horst 29, 48147 Münster, (nachfolgend Auftragnehmer genannt)

und

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Mitgl.-Nr. Berufsgenossenschaft: _____

falls zutreffend (z. B. Praxisgemeinschaft)

weitere Mitgl.-Nr. Berufsgenossenschaft: _____

(nachfolgend Auftraggeber genannt)

wird folgender Vertrag geschlossen:

§ 1 Vertragsgegenstand

1. Der Auftraggeber verpflichtet den Auftragnehmer, die Leistungen gemäß Arbeitssicherheitsgesetz und gemäß Unfallverhütungsvorschrift DGUV Vorschrift 2 Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu erbringen.

§ 2 Pflichten des Auftragnehmers

1. Der Auftragnehmer erbringt die Betreuung im Rahmen der alternativen bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß § 2 Abs. 4 DGUV Vorschrift 2. Die Betreuung besteht aus kostenpflichtigen Präsenzveranstaltungen; Einführungsveranstaltung und Aktualisierungsveranstaltung, der Unterstützung zur Erstellung der Gefährdungsbeurteilung, sowie der Betreuung per Telekommunikation durch die Mitarbeiter der Zahnärztlichen Stelle BuS-Dienst der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe.

2. Werden vom Auftraggeber zu besonderen Anlässen zusätzliche, über den Umfang der Betreuung hinausgehende Leistungen gewünscht, bedürfen diese einer gesonderten Vereinbarung und Berechnung.

§ 3 Obliegenheiten des Auftraggebers

1. Der Auftraggeber nimmt persönlich an einer Einführungsveranstaltung teil. Zudem aktualisiert der Auftraggeber seine Kenntnisse gemäß der DGUV Vorschrift 2. Als Vertreter kann ein angestellter Zahnarzt teilnehmen, wenn eine Übertragung der Unternehmerpflichten nach Arbeitsschutzgesetz schriftlich vorliegt.

2. Der Auftraggeber führt die Gefährdungsbeurteilung seines Betriebes durch und dokumentiert diese.

3. Der Auftraggeber gibt die auf der 1. Seite des Vertrags enthaltenen Kontaktdaten (einschließlich einer E-Mail-Adresse) an und teilt deren Änderungen mit.

§ 4 Schweigepflicht / Datenschutz

1. Der Auftragnehmer verpflichtet sich, die datenschutzrechtlichen Vorschriften einzuhalten.

2. Die Dokumentation der sicherheitstechnischen Betreuung verbleibt in den Händen des Auftraggebers. Die Dokumentation der betriebsärztlichen Betreuung unterliegt der Schweigepflicht des betreuenden Arztes.

§ 5 Gebühr

1. Der Auftraggeber zahlt die Gebühr, die sich aus der Kostenübersicht nach Anlage 1 ergibt und die Vertragsbestandteil ist. Die Gebühr wird vorschüssig nach Rechnungslegung ohne Abzug fällig.
2. Verletzt der Auftraggeber seine Obliegenheiten nach § 3 dieses Vertrags, darf der Auftragnehmer die Gebühren nach der o. g. Kostenübersicht geltend machen.
3. Der Auftragnehmer ist berechtigt, die Gebühr zum Ausgleich von gestiegenen Kosten erstmals nach Ablauf von zwölf Monaten nach Vertragsschluss mit einer in Textform zu schickenden Ankündigung von drei Monaten zum Monatsende zu erhöhen, wenn der Auftragnehmer die erhöhte Gebühr als allgemeinen Listenpreis vorsieht und auch von anderen Auftraggebern erzielt. Der Auftraggeber hat das Recht, die vorliegende Vereinbarung innerhalb der Ankündigungsfrist frühestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Gebühr zu kündigen, wenn die Erhöhung 5% der zuletzt gültigen Gebühr überschreiten sollte.

§ 6 Vertragslaufzeit, Kündigung

1. Für die Vereinbarung gilt eine erstmalige Mindestlaufzeit von zwei Jahren ab Vertragsschluss. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten frühestens zum Ablauf dieser erstmaligen Mindestvertragslaufzeit gekündigt werden. Sofern die Kündigung nicht (rechtzeitig) erfolgt, verlängert sich die Vertragslaufzeit um jeweils 3 Monate, wenn die Vereinbarung nicht spätestens 2 Wochen vor ihrem Ablauf gekündigt wird.
2. Die Kündigung bedarf der Textform.
3. Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, bei Tod des Auftraggebers bzw. bei Verkauf der Praxis, bei Wechsel des Praxisinhabers sowie in dem Fall, dass durch Personalabbau die Verpflichtung zum Nachweis einer betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung entfällt.

§ 7 Schlussbestimmungen

1. Änderungen, Ergänzungen wie auch die Aufhebung dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform. Mündliche Nebenabsprachen bestehen nicht.
2. Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

(Ort, Datum)

(Ort, Datum)

Unterschrift Auftraggeber

Unterschrift Auftragnehmer

Anlage 1: Kostenübersicht

Stand 01.01.2020

Leistung	Preis (netto zzgl. MwSt.)	Preis (brutto)
Einführungsveranstaltung + Betreuungspauschale für die ersten 2 Jahre.	245,46 €	292,10€
Betreuungspauschale, pro weiteres Jahr.	77,73 €	92,50€
Aktualisierung BuS-Schulung	90,00 €	107,10€

Information zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen des BuS-Dienstes	
1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen	Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZÄKWL), Körperschaft des öffentlichen Rechts, vertreten durch den Präsidenten Herrn Dr. Klaus Bartling, Anschrift: Auf der Horst 29/31, 48147 Münster Telefon: 0251-507-0 Telefax: 0251-507570 E-Mail: ZAEKWL@zahnaerzte-wl.de
2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der ZÄKWL	Herr Till Arens, Anschrift: Auf der Horst 29/31, 48147 Münster Telefon: 0251-507-0 Telefax: 0251-507570 E-Mail: till.arenis@zahnaerzte-wl.de
3. Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen	Durchführung der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung (BuS-Dienst) durch Weitergabe Ihrer Mitgliedsnummer bei der Berufsgenossenschaft und Ihrer Kontaktdaten an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Pappelallee 33/35/37, 22089 Hamburg.
4. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung	Rechtsgrundlage ist Ihre Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO).
5. Empfänger	Empfänger ist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Die Daten werden im Übrigen nur an Dritte übermittelt, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.
6. Dauer der Speicherung	Die Dauer der Speicherung richtet sich nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
7. Rechte der Betroffenen	Betroffene können folgende Ansprüche gegenüber dem o.g. Verantwortlichen geltend machen: <ul style="list-style-type: none"> • Auskünfte nach Art. 15 DSGVO über die Datenverarbeitung einschließlich Auskünfte über die hier genannten, diesbezüglichen Rechte; • Berichtigung oder Ergänzung von Daten nach Art. 16 DSGVO; • Löschung oder Sperrung von Daten nach Art. 17 bzw. 18 DSGVO; • Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO; • Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DSGVO.
8. Recht auf Widerruf einer Einwilligung	Sie können Ihre Einwilligung jederzeit durch formlose Erklärung gegenüber dem Verantwortlichen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
9. Recht auf Beschwerde bei der	Jede von der Verarbeitung betroffene Person hat nach Art. 77 DSGVO

Datenschutzbehörde	das Recht auf Beschwerde bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, Postfach 200444, 40102 Düsseldorf.
10. Übermittlung in Drittländer oder an internationale Organisationen	Eine derartige Übermittlung ist nicht beabsichtigt.
11. Gesetzliche oder vertragliche Verpflichtung, die Daten Dritten bereitzustellen und mögliche Folgen der Nichtbereitstellung	Es besteht eine vertragliche Verpflichtung, die Daten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zu übermitteln. Für den Fall der Nichtbereitstellung sind im Vertrag unmittelbar keine Folgen geregelt. Jedoch sind allgemeine zivilrechtliche Folgen möglich, z. B. die Kündigung des Vertrags.

Einwilligungserklärung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Ja, ich willige **freiwillig** in die oben beschriebene Verarbeitung meiner Mitgliedsnummer bei der Berufsgenossenschaft und meiner Kontaktdaten ein:

Sie haben die Möglichkeit, die Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an die ZÄKWL zu widerrufen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name: _____

Adresse:

dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigte Verarbeitung informiert bin und **freiwillig** meine Einwilligung in die Verarbeitung erkläre, **soweit ich diese oben angekreuzt habe.**