

# tz**b**

## Kleinanzeigen- auftrag

### Rubrik

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stellenangebot     | <input type="checkbox"/> Vertretung |
| <input type="checkbox"/> Stellengesuch      | <input type="checkbox"/> Verkäufe   |
| <input type="checkbox"/> Praxisabgabe       | <input type="checkbox"/> Kaufgesuch |
| <input type="checkbox"/> Praxisübernahme    | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |
| <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft |                                     |

### Chiffre:

- nein  
 ja  
Chiffre-Gebühr:  
6,50 € netto

### Ausgabe

- |  |                                      |                                    |                                   |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januar/ Februar | <input type="checkbox"/> Mai         | <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> Dezember |
| <input type="checkbox"/> März            | <input type="checkbox"/> Juni        | <input type="checkbox"/> Oktober   |                                   |
| <input type="checkbox"/> April           | <input type="checkbox"/> Juli/August | <input type="checkbox"/> November  |                                   |

### Anzeigentext

Die Abrechnung erfolgt zeilenweise (je 40 Zeichen).

_____	22,50 €
_____	30,00 €
_____	37,50 €
_____	45,00 €
_____	52,50 €
_____	60,00 €
_____	67,50 €
_____	75,00 €

### Auftraggeber

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

### Einzugsermächtigung

Den Rechnungsbetrag buchen Sie bitte  
von meinem Konto ab:

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
(IBAN Fortsetzung)

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie  
auch unten stehender Einwilligungserklärung zu.  
Digitales Formular auch ohne Unterschrift gültig.)

Bitte senden an:

Werbeagentur Kleine Arche GmbH  
Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt

**E-Mail: [info@kleinearche.de](mailto:info@kleinearche.de)**

**Fax: 0361 7467485**

Thüringer Zahnärzteblatt –  
Offizielles Mitteilungsblatt  
der Landeszahnärztekammer Thüringen und  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

## Einwilligungserklärung

### Einwilligungserklärung gemäß DSGVO in die Verarbeitung von Daten durch die Werbeagentur Kleine Arche GmbH

**Für unseren Dienst erfolgt die Verarbeitung folgender personen-  
bezogener Daten:**

Name, Vorname

Adresse

Telefon- und Faxnummer

E-Mail-Adresse

Bankdaten

Die oben genannten Daten werden zum Zweck des Kleinanzeigenauftrages (Veröffentlichung der Anzeige, Rechnungslegung und Chiffre-Zuschriften) erhoben und zudem auf den Servern von der Werbeagentur Kleine Arche GmbH gespeichert. Sollten weitere Daten benötigt werden, braucht es dafür separat wieder die Zustimmung des Nutzers.

Eine Löschung der erhobenen Daten erfolgt nach Beendigung des oben-  
genannten Zweckes, spätestens 6 Monaten nach Beendigung.

**Widerrufsrecht:** Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung  
jederzeit ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu  
widerrufen. Hierfür genügt eine E-Mail an [info@kleinearche.de](mailto:info@kleinearche.de).

Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten  
Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

### Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zu-  
zustimmen – da unser Dienst jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung der  
zu Anfang genannten Daten angewiesen ist, würde eine Nichtunterzeichnung  
eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

### Zustimmung durch den Betroffenen

Hiermit versichert der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbei-  
tung seiner Daten durch die Werbeagentur Kleine Arche GmbH zum  
Zweck des Kleinanzeigenauftrages freiwillig zuzustimmen und über die  
Datenverarbeitung und seine Rechte belehrt worden zu sein