

An die  
OÖ Besamungsstation GmbH  
Dr. Otmar Föger Straße 1  
4921 Hohenzell

## Zustimmungserklärung Landwirt

1. Ich (Name, Anschrift und LFBISNr.)

--	--	--	--	--	--	--	--

erkläre meine ausdrückliche Zustimmung gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 Datenschutzgesetz, BGBl I Nr. 165/1999 i.d.g.F., dass Tierarzt/-ärztin (Titel, Name und Anschrift)

meine unter Punkt 2 angeführten Daten, die in den AMA Datenbanken gespeichert sind, übernimmt und diese im Rahmen der elektronischen Besamungsdatenerfassung verwendet werden. Diese Daten dürfen auch auf elektronischem Weg übertragen werden.

2. Übermittlung folgender Daten ab Datum meiner Unterschrift:

- Betriebsstammdaten (Hauptbetriebsnummer, Teilbetriebsnummer, Vorname, Nachname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort und Gemeindekennziffer des Betriebs-sitzes)
- Kuhstammdaten (Ohrmarkennummer, Geburtsdatum, Name des Tieres, Ohrmar-kennummer der Mutter, letztes Abkalbedatum)

3. Ich kann diese Zustimmungserklärung jederzeit schriftlich gegenüber dem Tierarzt, der Besamungsanstalt oder der AMA widerrufen mit der Folge, dass

- die Übermittlung meiner Daten unverzüglich eingestellt wird und
- der Tierarzt alle von der AMA übermittelten Daten nicht mehr benützt und löscht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Landwirt

## Verpflichtungserklärung Tierarzt

Tierarzt/-ärztin (Titel, Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_  
verpflichtet sich, die auf Grund ihrer nachfolgend gegebenen Zustimmungserklärung von der AMA übermittelten Daten ausschließlich für die in der Zustimmungserklärung ge-nannten Zwecke zu verwenden, an Dritte nicht weiterzugeben, sowie im Fall des Wider-rufes Ihrer Zustimmungserklärung, diesen der Agrarmarkt Austria (AMA) unverzüglich zu melden und Ihre Daten nicht mehr zu verwenden und zu löschen.

Die Zustimmungserklärungen werden vom jeweiligen Betrieb direkt eingeholt und jeder-zeit überprüfbar bei mir abgelegt. Überprüfungen können von der AMA, der Besamungs-anstalt (oder vom Landeskontrollverband) auch vor Ort durchgeführt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Tierarzt/-ärztin