

Erklärung zum Nutzungsende

HEALIX Teilnehmer oder HEALIX Kooperationspartner für die „Netzdienstleistung eHealth Interexchange (HEALIX) zum sicheren Transport von Daten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen in einem geschlossenen Netzwerk“

Alle personenbezogenen Bezeichnungen des Textes sind jeweils geschlechtsneutral formuliert zu verstehen.

1. Gesundheitsdiensteanbieter (GDA), Informations- und Kommunikations (IKT) Dienstleister oder Partnerorganisation - Stammdaten

Name/Bezeichnung: _____
Straße: _____
Hausnummer: _____
Postleitzahl: _____
Ort: _____

Der oben angeführte Nutzer der Netzdienstleistung HEALIX erklärt mit dem Monatsletzten
des Monats _____ / 20 __ die Nutzung bzw. die Unterstützung der
Netzdienstleistung HEALIX für beendet.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift Zeichnungsberechtigter,
Stampiglie des GDA, des IKT Dienstleisters oder der Partnerorganisation)

Von der Beitrittsstelle auszufüllen

Gesundheitsknoten

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Burgenland | <input type="checkbox"/> Kärnten | <input type="checkbox"/> Niederösterreich |
| <input type="checkbox"/> Oberösterreich | <input type="checkbox"/> Salzburg | <input type="checkbox"/> Steiermark |
| <input type="checkbox"/> Tirol | <input type="checkbox"/> Vorarlberg | <input type="checkbox"/> Wien |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

.....
Datum, Gegenzeichnung der Beitrittsstelle

Vom Depositar auszufüllen

Zur Kenntnis:

.....
Datum, Gegenzeichnung des Depositars