**Berechtigung zum Erfragen von Referenzen und Bearbeiten Ihrer Daten**

Mit meiner Unterschrift berechtige ich die Careanesth AG, meine Daten zu bearbeiten, speichern und nach meiner Einwilligung zu versenden.

Ihre gesamten Unterlagen werden streng vertraulich behandelt und keinesfalls an unberechtigte Personen weitergegeben.

Um Ihre Bewerbung seriös und transparent zu vertreten, möchten wir Sie bitten, uns zwei mögliche Referenzadressen anzugeben, bei denen wir uns erkundigen dürfen.

**Um Unklarheiten und Missverständnisse zu vermeiden, bitten wir Sie, die Referenzpersonen vorgängig über die von Ihnen erteilte Berechtigung zur Referenz zu informieren.**

|  |
| --- |
| Name der Referenzperson  |
| Funktion |
| Spital / Gesundheitsinstitution |
| Adresse |
| Telefonnummer |

|  |
| --- |
| Name der Referenzperson |
| Funktion |
| Spital / Gesundheitsinstitution |
| Adresse |
| Telefonnummer |

Name, Vorname

Ort, Datum

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_