

Dieses Formular wird Ihnen zur Verfügung gestellt, um Sie bei der Anfrage zum Datenschutz im Allgemeinen und bei Ausübung Ihrer Betroffenenrechte gemäß DSGVO zu unterstützen. Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist zwar grundsätzlich freiwillig, allerdings benötigen wir, um Ihnen antworten zu können, die unten aufgeführten Informationen. Um Ihre Anfrage schneller bearbeiten zu können, empfehlen wir Ihnen das Formular vollständig auszufüllen. Selbstverständlich behandeln wir alle von Ihnen eingetragenen Informationen vertraulich.

Ich stelle die Anfrage für

- mich selbst als Bevollmächtigte(r) für eine dritte Person

Ich stelle die Anfrage mit den folgenden Angaben zu den personenbezogenen Daten:

Name/Vorname _____

Email _____

Straße _____

PLZ _____

Wohnort _____

Telefonnummer (für Rückfragen zur Sicherstellung Ihrer Identifikation) _____

Meine Anfrage betrifft folgendes Institut

- St. Vinzenz Klinik Rehaklinik St. Vinzenz MVZ St. Vinzenz

Ich möchte folgende Auskunft erhalten:

- Werden in Ihrem Unternehmen Daten über mich gespeichert?
- Welche Daten zu meiner Person werden gespeichert?
- Von wem haben Sie Ihre Daten über meine Person erhalten?
- Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?
- An welche weiteren Empfänger wurden in der Vergangenheit meine persönlichen Daten weitergegeben?
- Anderes: (wie z.B. Änderung oder Löschung der Daten; bitte erläutern Sie Ihr Anliegen)

Bitte erteilen Sie mir Auskunft innerhalb der gesetzlichen Frist.

- Ich bin darüber unterrichtet, dass ich bei Ablehnung der Auskunft den zu ständigen Landesdatenschutzbeauftragten anrufen kann.

Ort _____ Datum _____