

Widerruf der Einwilligung

Hiermit widerrufe ich

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU- DSGVO meine Einwilligung

in die Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten vom _____

und fordere Sie auf, die entsprechenden Daten unverzüglich zu löschen. Sollte eine Löschung aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein, fordere ich Sie auf, die Daten in einer Form zu kennzeichnen, dass Sie von Ihrer Praxis zu keiner weiteren Verarbeitung genutzt werden kann.

in die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte vom _____

Ich fordere Sie auf, die entsprechenden Daten unverzüglich für eine Weitergabe zu sperren und dafür zu sorgen, dass die Sperrung auch von den Unternehmen durchgeführt wird, denen Sie meine Daten zum Zwecke der Auftragsverarbeitung übermittelt haben. Sollte eine Sperrung bei Ihnen oder dem Drittunternehmen nicht unverzüglich möglich sein, so bitte ich um eine entsprechende Mitteilung unter Angaben des voraussichtlichen Vollzuges der Sperrung.

Mit sofortiger Wirkung meine Ihnen erteilte Entbindung von der Schweigepflicht vom _____

gegenüber _____

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____