

Widerruf der Einwilligung in die Verarbeitung und Speicherung von Daten

Widerruf der Einwilligung in die Verarbeitung und Speicherung von Daten

Hiermit widerrufe ich

Name, Vorname

gemäß Artikel 7 Absatz 3 EU-DSGVO meine Einwilligung in die Verarbeitung

und Speicherung meiner personenbezogenen Daten vom

Datum

zum Zwecke _____

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.

Ort / Datum

Unterschrift

health-concept | Praxis für Physio- und Ergotherapie | Catrin Jakobs

91052 Erlangen, Allee am Röthelheimpark 5 | 91052 Erlangen, Konrad-Zuse-Str. 33
91058 Erlangen, Am Wetterkreuz 17 | 90482 Nürnberg, Ostendstr. 229