

Formular

Ersuchen um Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

Ich ersuche um Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten. Gemäß meiner Mitwirkungspflicht gebe ich an wie folgt:

Titel:

***Vorname:**

***Nachname:**

***Straße:**

***PLZ:**

***Ort:**

***Land:**

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

***Ich bin:**

Patientin/Patient; ***Sozialversicherungsnummer:**

Mitarbeiterin/Mitarbeiter; ***Geburtsdatum:**

Kundin/Kunde

Lieferantin/Lieferant

Sonstige dritte Person

***Zeitraum bzw. Datum der angefragten Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten** (z.B. Zeitraum des stationären Aufenthalts, Beschäftigungszeitraum etc.):

Datum/Zeitraum:

Bitte legen Sie als Nachweis Ihrer Identität eine Kopie Ihres amtlichen Lichtbildausweises bei.

Datum:.....

Unterschrift:.....

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

E-Mail: datenschutz@kepleruniklinikum.at

Post: Kepler Universitätsklinikum GmbH, Krankenhausstraße 7a, 4020 Linz; Betreff: Datenschutz

Die mit * markierten Felder sind Pflichtfelder. Bei „Ich bin“ ist mindestens eine Auswahl zu treffen.