

Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

Ich ersuche um Auskunft über alle zu meiner Person gespeicherten Daten. Gemäß meiner Mitwirkungspflicht gebe ich die örtlichen Kontakte und den Zeitraum bzw. das Datum an.

Titel:	<input type="text"/>	
Vorname:	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
Nachname:	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
Straße / Nr.:	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
Land:	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
E-Mail:	<input type="text"/>	
Telefon:	<input type="text"/>	
Mobil:	<input type="text"/>	
Datum / Zeitraum:	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)

Sie sind (bitte mindestens eine Auswahl treffen):

- Patientin / Patient
Versicherungsnummer (Pflichtfeld)
- Mitarbeiterin / Mitarbeiter Praktikantin / Praktikant
Geburtsdatum: (Pflichtfeld)
- Kundin / Kunde
 Lieferantin / Lieferant
 Sonstige Dritte / sonstiger Dritter

Als Beweis meiner Identität lege ich eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises als Anlage bei.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. Anlage an:

E-Mail: compliance@barbara-hospiz.at

Post: St. Barbara Hospiz GmbH, Fadingerstraße 1, 4020 Linz, Betrifft: Datenschutz