

Vinzenz Pathologieverbund Datenschutz

Formular

Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

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

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

E-Mail: datenschutz@pathologieverbund.at
Post: Vinzenz Pathologieverbund GmbH, Herrenstraße 12, 4010 Linz
Betrifft: Datenschutz

Ich ersuche um Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

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

Titel:

* **Vorname:**

* **Nachname:**

* **Straße:**

* **PLZ:**

* **Ort:**

* **Land:**

E-Mail Adresse:

Telefon:

Mobil:

* **Sie sind:**

PatientIn * **Versicherungsnummer:**

Mitarbeiter/in * **Geburtsdatum:**

Kund/in

Lieferant/in

Sonstiger Dritte/r

* **Kontakt mit:**

Vinzenz Pathologieverbund GmbH

Datum/Zeitraum:

Bitte führen Sie beigelegt die Anlagen an:

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

Datum

Unterschrift