

Formular für Betroffenenrechte

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte beachten Sie, dass der Fristenlauf der DSGVO erst mit Einlangen des vollständig ausgefüllten Formulars und einer Ausweiskopie zu laufen beginnt. Wir können Ihr Begehren erst entgegennehmen, nachdem wir Ihre Identität festgestellt und überprüft haben. Daher würden wir Sie bitten folgende Angaben zu machen und eine Kopie Ihres amtlichen Lichtbildausweises diesem Schreiben beizulegen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und eine Ausweiskopie an:

E-Mail: datenschutz@khsj.at

oder per Post:

A. ö. Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol
Bahnhofstraße 14
A-6380 St. Johann in Tirol
Betreff „Datenschutz“

Ich ersuche um:

<input type="checkbox"/>	Auskunft
<input type="checkbox"/>	Löschung
<input type="checkbox"/>	Berichtigung
<input type="checkbox"/>	Widerspruch
<input type="checkbox"/>	Datenübertragbarkeit
<input type="checkbox"/>	Einschränkung

über die von meiner Person gespeicherten Daten.

Angaben zur betroffenen Person:

(Gemäß meiner Mitwirkungspflicht gebe ich die örtlichen Kontakte und den Zeitraum bzw. das Datum an)

*Vorname:	
*Nachname:	
*Straße:	
*PLZ:	
*Ort:	
*Land:	
Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummer:	

Datum: _____

Unterschrift: _____

Zu befüllen vom BKH St. Johann in Tirol

Name der entgegennehmenden Stelle: _____

Datum: _____

Unterschrift entgegennehmende Stelle: _____