

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