

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zwischen der **Asklepios Klinik Bad Griesbach GmbH & Cie. OHG**

und

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich, freiwillig und unentgeltlich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für die folgenden genannten Punkte zweckgebunden genutzt, veröffentlicht und gespeichert werden dürfen:

Bitte ankreuzen:

Vorname, Nachname / Teilnahme-Foto / Zitat

- Nennung im Außenverhältnis zu Repräsentationszwecken des Unternehmens

- auf der Webseite
- auf Facebook & Instagram
- Zeitungsartikel
- Imageflyer
- Pressemitteilungen
- sonstige Medien

- Veröffentlichung von Bildmaterial mit und ohne Namensnennung

private Mobilfunknummer, Festnetznummer, E-Mail-Adresse

- Veröffentlichung auf der internen Telefonliste zur Arbeitsdisposition (z.B. Teilnehmerliste)

Mit Folgendem bin ich nicht einverstanden:

.....

Die Asklepios Klinik Bad Griesbach GmbH & Cie. OHG ist durch die Einwilligung berechtigt, aber nicht verpflichtet, bei der Wiedergabe der Fotografie und/oder des Zitats meinen Vornamen und den Nachnamen zu nennen. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit von mir gänzlich oder in Teilen gegenüber der Asklepios Klinik Bad Griesbach GmbH & Cie. OHG widerrufen werden und entspricht den „Bedingungen für die Einwilligung“ im Sinne des Art. 7 (3) DS-GVO und der §§ 22 ff. KUG. Der Widerruf der Einwilligung oder die Verweigerung der Abgabe der Einwilligung hat keine rechtlichen Konsequenzen. Diese Vereinbarung gilt räumlich, zeitlich und inhaltlich unbeschränkt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (unter 18 Erziehungsberechtigte/-r)