

DSGVO Einwilligungserklärung

Firma:

Ansprechpartner: _____ Rückruf Nr. _____

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden,
dass meine/unsere Kontaktdaten (Name, Adresse, Faxnummer und E-Mail-Adresse)
zum Zweck der Auftragserfassung, Produktwerbung und Informationen zum Leistungsspektrum des
Betriebs gespeichert und zur Kontaktaufnahme genutzt werden.

Sofern keine besonderen gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen, werden
die Daten gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind.
Sie haben das Recht, der Verwendung Ihrer Daten jederzeit zu widersprechen.

Zudem sind Sie berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie gespeicherten Daten zu beantragen
sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung
der Daten zu fordern. Mir/uns ist bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig und jederzeit widerruflich ist.
Der Widerruf ist zu richten per
e-Mail an: info@medcom.berlin oder postalisch an: med+comp GbR, Blissestr. 51, 10713 Berlin

Ort • Datum • Unterschrift

med+comp GbR
Hausanschrift Blissestr. 51 • 10713 Berlin
Bankverbindung Sparkasse • IBAN DE76 100 500 00190982455
Sitz der Firma Berlin, Germany • **Ust-IdNr.** DE 327942191
Geschäftsführer Norbert Meier • Andeas Oehlert