

Erklärung zum Datenschutz

Erklärung*

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Büro des Patientenbeauftragten Nordrhein-Westfalen zur Beantwortung meiner Anfrage im automatisierten Verfahren gespeichert und verarbeitet werden.

Meine personenbezogenen Daten werden umgehend gelöscht, wenn sie nicht mehr zur Bearbeitung benötigt werden.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass bei Widerruf der Einwilligung meine Anfrage gegebenenfalls nicht abschließend bearbeitet werden kann.

Erläuterungen, Einschränkungen, weitere Angaben*

Name, Vorname:

Anschrift:

(Datum, Unterschrift)

* Bitte zutreffendes ankreuzen