



II. Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, insbesondere auch alle notwendigen medizinischen Informationen, an die PAUL HARTMANN AG weitergegeben bzw. übermittelt und dort zum Zwecke der Versorgung mit Inkontinenzprodukten verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Abteilung Datenschutz (CFO-DPM) der PAUL HARTMANN AG in 89522 Heidenheim

Im Fall des Widerrufs werden meine Daten bei der PAUL HARTMANN AG unverzüglich gelöscht.

.....
Versichertenname

.....
Geburtsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Versicherten

Inko
(zurück an HARTMANN)