

Widerruf der Einwilligung in die Verarbeitung und Speicherung von Daten



Hiermit widerrufe ich _____
Name und 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 der Daten 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 mehr genutzt werden.

Ort

Datum

Unterschrift