Formular

Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

Ich ersuche um Auskunft über alle zu meiner Person gespeicherten Daten. Gemäß meiner Mitwirkungspflicht gebe ich die örtlichen Kontakte und den Zeitraum bzw. das Datum an.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titel: |  |  |
| Vorname: |  | *(Pflichtfeld)* |
| Nachname: |  | *(Pflichtfeld)* |
| Straße: |  | *(Pflichtfeld)* |
| PLZ: |  | *(Pflichtfeld)* |
| Ort: |  | *(Pflichtfeld)* |
| Land: |  | *(Pflichtfeld)* |
| E-Mail: |  |  |
| Telefon: |  |  |
| Mobil: |  |  |
| Datum / Zeitraum: |  | *(Pflichtfeld)* |

Sie sind (bitte mindestens eine Auswahl treffen):

### 🞎 Kunde

### 🞎 MitarbeiterIn

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geburtsdatum: |  | (Pflichtfeld) |

### 🞎 LieferantIn

### 🞎 Sonstige/r Dritte/r

### Als Beweis meiner Identität lege ich eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises als Anlage bei.

### Datum Unterschrift

### Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. Anlage an:

### E-Mail: office@medtex.at

Post: med&tex medizinprodukte & textilmanagement, Römerstraße 1, 4600 Wels Betrifft: Datenschutz