

Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

Sehr geehrte Frau/ geehrter Herr ...,

die mit * markierten Felder sind Pflichtfelder.

Bei „Sie sind“ ist mindestens eine Auswahl zu treffen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

E-Mail: datenschutz@labcon.at

Post: LABCON – Med. Laboratorien GmbH, Gumpendorfer Straße 108, 1060 Wien

Betrifft: Datenschutz

Ich ersuche um Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

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

Titel:

***Vorname:**

***Nachname:**

***Straße:**

***PLZ:**

***Ort:**

***Land:**

eMail Adresse:

Telefon:

Mobil:

***Sie sind:**

PatientIn ***Versicherungsnummer:**

MitarbeiterIn ***Geburtsdatum:**

KundIn

LieferantIn

Sonstiger Dritte/r

***Kontakt mit:**

LABCON – Med. Laboratorien GmbH

Datum/Zeitraum:

Bitte führen Sie beigelegt die Anlagen an:

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

Datum

Unterschrift