



Telefon: 04363 90329 0
Fax: 04363 90329 19
E-Mail: info@gynemed.de

Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten durch die Gynemed GmbH & Co.KG

Für die von uns angebotenen Dienstleistungen erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

Name - Adresse - Telefonnummer - E-Mail-Adresse - Bankverbindung

Diese Daten werden auf dem Server von der Gynemed GmbH & Co.KG gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte EDV auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses notwendig ist. Darüber hinaus bedarf es für jede weitere Datenerhebung der Zustimmung des Kunden/Interessenten. Eine automatische Löschung erfolgt nach 13 Jahren, falls entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden.

Nutzerrechte

Der/die Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen. Auch kann eine Datenübertragung angefordert werden, sollte der Unterzeichnende eine Übertragung seiner Daten an eine dritte Stelle wünschen.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der/die Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da unsere Dienste jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme unserer Dienstleistungen ausschließen.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

Herr Ingmar Jacob
Lübecker Straße 9
23738 Lensahn

Zustimmung durch den Nutzer

Hiermit versichert der/die Unterzeichnende, vor der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch –die Gynemed GmbH & Co. KG – zuzustimmen und über seine Rechte belehrt worden zu sein:

Name Ihrer Klinik/Praxis/Apotheke, ggfs. Stempel:	Name in Blockschrift:
	Datum, Unterschrift:

Bitte senden Sie uns dieses Dokument unterschrieben auf elektronischem (Fax/E-Mail) oder postalischem Wege zurück, ansonsten darf unsererseits keine Auftragsbearbeitung erfolgen!