

Zustimmung zur Datenverarbeitung

im Zuge der Anmeldung zur
Gesundheit Burgenland Summer School
in Oberwart

Vorname: _____

Nachname: _____

Telefonnummer: _____

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten, zum Zweck der Teilnehmerverwaltung (Kontaktaufnahme über E-Mail/Telefon, Gründung einer WhatsApp-Gruppe) der Summer School bei der Gesundheit Burgenland - Burgenländischen Krankenanstalten G.m.b.H verarbeitet werden. Die Daten werden nicht an Dritte übermittelt und nach Beendigung der Veranstaltung gelöscht.

Diese Einwilligung kann jederzeit per Mail an summerschool@gesundheit-burgenland.at widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte schicken Sie das ausgefüllte und unterschriebene Dokument per Mail an summerschool@gesundheit-burgenland.at.