

Einverständniserklärung zum Datenversand per E-Mail

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Firma PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person per E-Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an meine folgende E-Mail-Adresse zu versenden: _____

Ohne mein Einverständnis würde der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen.

Meine Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an datenschutz@pas-hammerl.de oder per Fax an 09081 2926-59 übermittelt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift