



Einverständniserklärung zur Übermittlung von personenbezogenen Daten

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname des Bevollmächtigten

mich damit einverstanden, dass die Einrichtung:

Bezeichnung/Name der Einrichtung

zur Vorbereitung für die Schutzimpfung gegen COVID-19 die unten aufgeführten personenbezogenen Daten an den **Salzlandkreis, 34 Fachdienst Gesundheit, Impfzentrum**, übermitteln darf.

Daten der zu impfenden Person:

Name, Vorname

geboren am

wohnhaft in

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Widerrufserklärung kann postalisch an den:

Salzlandkreis, 34 Fachdienst Gesundheit, 06400 Bernburg (Saale)

gerichtet werden. Weiterhin besteht die Möglichkeit der Versendung der Widerrufserklärung per E-Mail: gesundheit@kreis-slk.de oder per Fax: +49 3471 684-551470.

Ort, Datum

Unterschrift Bevollmächtigter