

Löschung personenbezogener Daten

Datum

Vorname, Name: _____
Anschrift: _____
PLZ Ort: _____

KEDPLASMA GmbH
Plasma-Zentrum _____
_____ (PLZ) _____ (Ort)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit veranlasse ich die Löschung meiner personenbezogenen Daten gemäß § 35 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Darüber hinaus bin ich informiert, dass personenbezogenen Daten, welche zur Rückverfolgbarkeit benötigt werden, gemäß § 14 Transfusionsgesetz (TFG) archiviert werden müssen. Diese personenbezogenen Daten werden gesperrt und sind zur Löschung vorgesehen. Nach Ablauf der Archivierungsfrist des Transfusionsgesetzes werden diese Daten automatisch gelöscht.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Spender)