

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG IN DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

im Rahmen von Durchführung von Schutzimpfungen
durch das Arbeitsmedizinische Zentrum (AMZ) der Charité

Hiermit willige ich ein, dass das AMZ meine unten angegebenen personenbezogenen Daten:

Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Titel, Geschlecht, Arbeitgeber, Arbeitgeberadresse, Beschäftigungsbereich, Tätigkeit, dienstliches Telefon, Adresse.

(Die Angabe folgender personenbezogener Daten ist freiwillig: Telefon und/oder E-Mail)

zu den Zwecken der Durchführung von Schutzimpfungen wie in der Datenschutzerklärung beschrieben verarbeitet werden:

Ja

Nein

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten an weitere Empfänger (z.B. Arbeitgeber) wie in der Datenschutzerklärung beschrieben weitergegeben werden kann.

Rechte der Betroffenen und Kontaktaufnahme

Ich habe das **Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung** meiner gespeicherten personenbezogenen Daten. Ich kann meine **Einwilligung** in die Verarbeitung meiner Daten **jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen**, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Dazu kann ich mich zuerst an die **ausführende Stelle** unter den folgenden Kontaktdaten wenden:

Arbeitsmedizinisches Zentrum (AMZ)
Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin
E-Mail: amz-leitungsbuero@charite.de
Telefon: +49 30 450 572

Meine Daten werden gelöscht, sobald sie zur Zweckerfüllung nicht mehr erforderlich sind, aber spätestens sobald die gesetzliche Aufbewahrungsfrist endet – im Normalfall nach 10 Jahren.

Zur Geltendmachung der o. g. Rechte stehen mir zusätzlich zur ausführenden Stelle folgende Kontaktdaten zur Verfügung:

Behördliche Datenschutzbeauftragte
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
E-Mail: datenschutzbeauftragte@charite.de

Ich habe das **Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde**, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist. Die Beschwerde kann formlos bei einer Aufsichtsbehörde erfolgen, bspw.:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Alt-Moabit 59-61
10555 Berlin
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de
Telefon: +49 30 13889-0
Fax.: +49 30 2155050

Eine Ausfertigung der Datenschutzerklärung und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

.....
[Ort, Datum]

.....
[Unterschrift]