



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

I. Einwilligung zur Verarbeitung von Kontaktdaten

Hiermit willige ich,

Name _____

Anschrift _____

ein, dass das Unternehmen / die Person

Alexandra Evers-Stephan

Postadresse: Graf-Engelbert-Straße 8a | 40489 Düsseldorf

meine personenbezogenen Daten, die ich im Rahmen der Kontaktaufnahme bzw. während der Vertragsbeziehung mitgeteilt habe (Name, E-Mail-Adresse, Adresse, Telefonnummer) verarbeiten darf. Insbesondere dürfen meine Daten genutzt werden, um:

- mich telefonisch zu kontaktieren
- in der Kundenkartei auf dem Computer abgespeichert zu werden
- in der Kundenkartei in schriftlicher Form abgespeichert zu werden
- mich per E-Mail zu kontaktieren
- mich im Rahmen einer Online-Beratung per RedMedical zu kontaktieren

Längere Speicherung der Daten

- Ich willige ein, dass die Daten auch nach der Auftragserfüllung für weitere Aufträge gespeichert werden.

Widerrufsrecht

Ich kann diese Einwilligung oder auch nur Teile davon jederzeit per E-Mail an die E-Mail-Adresse post@alexandra-evers.de widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift des Kunden



II. Einwilligung über die Verarbeitung besonderen personenbezogener Daten

Hiermit willige ich,

Name _____

Anschrift _____

ein, dass Alexandra Evers-Stephan darf im Rahmen ihres Auftrages personenbezogene Daten nach Art. 9 DSGVO über Klientinnen und Klienten erheben, speichern und nutzen. Die Aufzeichnungen jeder Art, insbesondere auf Datenträgern, werden von Alexandra Evers-Stephan gegen unrechtmäßige Verwendung oder Kenntnisnahme gesichert.

Längere Speicherung der Daten

Ich willige ein, dass die Daten auch nach der Auftragserfüllung für weitere Behandlungen gespeichert werden.

Widerrufsrecht

Ich kann diese Einwilligung oder auch nur Teile davon jederzeit per E-Mail an die E-Mail-Adresse post@alexandra-evers.de widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift des Kunden