Einverständniserklärung (Praktikanten, Famulanten, Hospitanten)

Einsatz von _____ bis _____

als _____ Abteilung/Bereich _____

Vor- und Zuname _____ Geburtsname _____

geb. am _____ in _____

Straße _____ PLZ Ort _____

Mail-Adresse _____

Tel./Handy _____

- **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten dazu genutzt werden, damit ich künftig Informationen zu einer Ausbildung in der Pflege vom Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg erhalte.**

  ☐ JA ☐ NEIN

- **Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

_____ _____

Ort, Datum **Bei <u>Minderjährigen</u> Unterschrift des Erziehungsberechtigten**