

Empfangsbestätigung und Kenntnisnahme über die Datenverarbeitung im Medizinischen Dienst Nordrhein

Nachname/Vorname (Druckbuchstaben)

Geburtsdatum

Hat heute die Informationen gemäß Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten von Beschäftigten im Medizinischen Dienst Nordrhein erhalten.

Die/Der Beschäftigte bestätigt durch Unterschrift, dass sie/er die Informationen unverzüglich zur Kenntnis nimmt.

Datum/Ort

Unterschrift