

Name, Vorname, Geb.-Datum:		
Anschrift:		
<p>Physiotherapiepraxis Michael Wagner Hasselkamp 16 23812 Wahlstedt</p> <p>Widerruf der Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege</p> <p>Hiermit widerrufe ich gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO meine Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege</p>		
vom (Datum):		
<input type="checkbox"/>	E-Mail an folgende Adresse:	
<input type="checkbox"/>	WhatsApp an folgende Nr	
<input type="checkbox"/>	Sonstige:	
<p>und fordere Sie auf, die entsprechenden Daten unverzüglich zu löschen. Sollte eine Löschung aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein, fordere ich Sie auf, die Daten in einer Form zu kennzeichnen, dass sie von Ihrer Praxis zu keiner weiteren Verarbeitung genutzt werden</p>		

Ort/ Datum

Unterschrift

