

# Einverständniserklärung

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen) \* Pflichtfelder

* Name:	_____	* Vorname:	_____
* Straße:	_____	* PLZ / Ort:	_____
Geboren am:	_____	E-Mail:	_____
Telefon:	_____	Fax:	_____
ggf. Name des betroffenen Kindes:	_____	geboren am:	_____

Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die von mir eingereichten Unterlagen sowie meine bzw. die Bilder meines Kindes auf der Homepage des Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk erscheinen dürfen. Zusätzlich dürfen sie als Information und Schulungsvideo und für den Druck von Informationsmaterial verwendet werden.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass Fotos, Berichte und/oder Videos im Internet von beliebigen Personen abgerufen werden können. Es kann trotz aller technischer Vorkehrungen nicht ausgeschlossen werden, dass solche Personen die Fotos, Berichte und/oder Videos weiterverwenden oder an andere Personen weitergeben.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann gegenüber dem VEREIN jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sind die Aufnahmen im Internet verfügbar und Sie wünschen das nicht, erfolgt die Entfernung, soweit dies dem Verein möglich ist.

## Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung können Sie nach § 19 (Recht auf Löschung) und § 20 (Recht auf Einschränkung der Verarbeitung) des Gesetzes über den Datenschutz widerrufen bzw. die Einschränkung der Verarbeitung personenbezogener Daten (hier Foto- bzw. Videoaufnahmen) geltend machen. Dazu reicht eine formlose Mitteilung per E-Mail (kontakt@mastozytose-info.de) an uns. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

## Datenschutzhinweis

Die Daten, die Sie uns mit diesem Formular überlassen, dienen nur der rechtlichen Absicherung und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Einwilligung wird in der Regel nach 2 Jahren gelöscht; die Foto- bzw. Videoaufnahmen werden jedoch unbefristet archiviert.

\_\_\_\_\_  
\* Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
\* Unterschrift

Bitte füllen Sie dieses Formular **Deutlich** in **Druckbuchstaben** aus und senden es unterschrieben an:

**Mastozytose Selbsthilfe Netzwerk; c/o Nicole Hegmann ; Edith-Stein-Straße 17; 51519 Odenthal  
oder per Fax an +49 2207 9629253**