



Meldeformular Datentransfer

Datentransfer*

Fragebogen ▼

Ich bin:*

positiv getestete Person ▼

Name:*

Vorname:*

Geburtsdatum:*

Straße:*

Hausnummer:*

PLZ:*

Ort:*

Telefon-Nummer:*

E-Mail-Adresse:*

Datei hochladen (.pdf oder .xlsx)

Einwilligungserklärung*

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten vom Landkreis Havelland zur Bearbeitung meines Anliegens unter Beachtung der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne rechtliche Nachteile beschränken oder widerrufen. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf der Einwilligung wirken sich dabei nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Die Löschung der Daten bestimmt sich nach Art. 17 DSGVO.

Absenden
