**Widerruf der Einwilligung in die Verarbeitung und Speicherung von Daten**

Hiermit widerrufe Ich

…………………………………………………………………………………………………….

Name / Vorname

gemäß Art. 7 Abs. 3 EU-DSGVO meine Einwilligung in die Verarbeitung und

Speicherung meiner personenbezogenen Daten vom ……………………

 Datum

zum Zwecke ……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

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.

…………………………………… ……………………………………….

Ort / Datum: Unterschrift: