



Datenschutzerklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Zusammenhang mit meiner Person als Spender oder Spendewilliger:

- D **PHSHVQLFKKPBLLQVFKKBPDKPAMMPLFKD VVLA**
HIBGHOLFKEIDDLQEMGHSEPPDQXLQWUJBFNR
ZFNPHIUPDLFKKDGORJNVLNBIIDVVDFKGFSEPLMWP
GHODVPDYDOWFDUPEEFKGDQFKYFKOLFKEWPPKRE
MDUEHMMFNVLFKWH6SHFKHIULVMSFKHZZHGE
- E **PHSHKSDUPDWFVKKPEQLFKKWLQDNBSAUDE**
DXVFKOLQALFKLQDLVLHWPPEHPLWZHGE
- F **PHSHFKHBBZHMBGHOLFKDKKXUIOQMBHEHZDFKDDDEE**
QFKGFSEPLMWPDLQJGSHHMBIDIDMB
ZUGZLGULNHMLHPXDPPEDDLWH6SMMZHMZHGSE

Kenntnisnahme zur Datenerhebung, -verarbeitung, und -nutzung personenbezogener Daten, die Spende betreffend:

,FKKPM.BVGDVVPESHVQLFKKPBLLQVFKKBPDKPAMMPLFKD VVLA
VZLHGHRBQD:HVHKREMDUEHMMSHFKHZZHGEUJBBK
ZEFKH6SBBXWFKORVZHGSEOPBZHGESEWLNDAZFNGLBQ
PHSHVODXZHVMEZPHSHVBDVVMHKREMDUEHMMSHFKHMMKLQ
ZLUGSEWLNDAZFNGLBQVFKULIPLW6LQMSDGLQNVBVFKHBPBIDVVMUEHMM
MMSHFKHW
:HMKLQPHFKM.BVGDVVGLEODVPDYDOWFDUPEEGLLUDEBSUMVA
GLBPHHKREMDUEHMMDUIRPLFKRZFNUPDLFKHBSIOLFKKP
XDPPQDQLWH6SBBHBDVVANVBOBH6SBBXVFKOXVVZMLQDGDQ
PHSHVQLFKKSUIFKEPLFKKMKHMEPDERDOLVFKKBNBVFKBHSH606
NBNWHRP

Datum, Unterschrift Spender:

Einwilligungserklärung gemäß DSGVO, Artikel 6, Abs. 1a:

,FKZLOOLHGDVVGLEODVPDYDOWFDUPEEODH6SBBHLPDWEWZMAGH
SWB,OPDVW6SBBHEWHPLEWGDUIHMMELWQUJ

Ja

Nein

H3ODVPDYDOWFDUPEEGLUIGHDOOJHPH6SHGHURUPDWBQXROJHQHP:HJDQ
PEKEHUPW/WHOPWUHIIHQHVEW/WHDDUHQ

Postalisch per Anschrift

E-Mailadresse

Telefon

SMS

,FKZDOWHHGDVVPHERUQPHSGHUHUVWHKVVWDEHGHV1DPHMMHZIKUOHLWZGHV6SHGHQ
DEODKIVSGHU6SHGHUIKUZEHUGHEWZHGHV6SHGHUOHLVWVWHPVGHU3ODVPDYDOWFDUPEE+
DKKIJDGHUH3HUVVRQEKWEDUDKXWVSUHFKHGHORWRUHQDHPWZUGWUHIIHQHVEW/WHDDUHQ

Ja

Nein

Titel: Datenschutz- und Einwilligungserklärung	ANLAGE 01 zu SOP 01 Version 04
	Gültig ab: 01.11.2021

Ich willige ein, dass bei einem Anruf zur Terminvergabe mein Vorname, der Nachname und die Telefonnummer von unserem System für die Vergabe eines Termins verarbeitet wird (zutreffendes bitte ankreuzen).

Ja

Nein

Durch das Herunterladen und Nutzen der Plasmavita-Spender App, erkläre ich mich mit der dazu benötigten Verarbeitung personenbezogener Daten einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich mein oben erklärtes Einverständnis zur Datenerhebung, -verarbeitung, und -nutzung im Zusammenhang mit der Spende jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, dieser Widerruf jedoch keine Auswirkungen auf meine, bis zu diesem Zeitpunkt durch die Plasmavita Healthcare GmbH erhobenen, verarbeiteten und genutzten personenbezogenen Gesundheitsdaten hat, da die Plasmavita Healthcare GmbH nach § 11 Transfusionsgesetz gesetzlich verpflichtet ist, diese Daten 30 Jahre aufzubewahren. Mir ist bewusst, dass bei einem Widerruf des oben erklärten Einverständnisses ein Ausschluss von der Spende erfolgen kann.

Der Widerruf kann jederzeit in einfacher Schriftform in jedem Spendenzentrum der Plasmavita Healthcare GmbH und bei deren Geschäftsführung, Plasmavita Healthcare GmbH, Landsteinerstraße 1, 04103 Leipzig, erklärt werden.

Datum, Unterschrift Spender:	
-------------------------------------	--

Zur Erhebung der benötigten Daten und zur Optimierung der Spenderbetreuung füllen Sie bitte alle Felder in leserlicher Form aus.

Personalien				
Vorname:		Name:		
Titel:		Geburtsname falls abweichend:		
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr):		Geschlecht (bitte ankreuzen):	Weiblich	Männlich
Adresse				
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:		
Telefon:		E-Mailadresse:		
Von Plasmavita auszufüllen:				
Dokumentenart Ausweis:		Dokumentennummer:		Spendernummer:
Adressprüfung und Prüfung der oben aufgeführten Felder durch Mitarbeiter Datum, Unterschrift:				

Ich habe in der vorliegenden Einwilligungserklärung zum Datenschutz alle Daten korrekt angegeben.

Datum, Unterschrift Spender:	
-------------------------------------	--

Danke, dass Sie sich entschieden haben, Plasmaspender zu werden. Ihr Plasmavita-Team