

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Lt. Telekommunikationsgesetz, EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)
und Datenschutzgesetz

Nachname:
Vorname:
E-Mail [beruflich]:
Institut / Firma / Abteilung:
Tel. [optional]:
Verarbeitung personenbezogener Daten: ☐ JA, ich möchte in unregelmäßigen Abständen Informationen zu ☐ Neuigkeiten über Produkte und weitere Dienstleistungen (Newsletter, Promotions, ...) ☐ Veranstaltungen ☐ Kundenzufriedenheitsumfragen (KUZ) ☐ Verständigung bei Gewinnspiel/en per E-Mail und/oder Messengerdienste (z.B.: WhatsApp) übermittelt bekommen. ☐ NEIN, ich erteile diese Zustimmung nicht. Ich will nicht über Produkte und weitere Dienstleistungen von THP Medical Products Vertriebs GmbH informiert werden. Meine personenbezogenen Daten (z.B.: Name, berufliche E-Mail-Adresse, etc.) werden auf Basis des beidseitigen Interesses so lange gespeichert, bis ich diese Einwilligung widerrufe. Der Widerruf ist jederzeit via datenschutz@thp.at möglich.

Bitte schicken Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben an s.brandstetter@thp.at.

Datum, Ort

Unterschrift (Name in Blockbuchstaben)