

# Datenerhebung gemäß Datenschutzverordnung 2018

für

**Foldive**

## Personalien

Name und Familienname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Stadt: .....

Telefon / Mobil: .....

E-Mail: .....

## Einverständniserklärung zur Datenschutzverordnung:

Ich erteile meine ausdrückliche Zustimmung, dass Foldive.com / Dr. med. Viktor Földi PhD meine personenbezogenen Daten, insbesondere auch meine Erklärung zum Gesundheitszustand, elektronisch und in Papierform aufbewahrt und im Rahmen der Notwendigkeit (zur Erfüllung des Vertrages) an Dritte (insbesondere Tauchverbände, Steuerberater oder Partner) weitergibt.

Sie werden über das Recht informiert jederzeit Auskunft über die gespeicherten Daten und deren Verwendung verlangen können. Sie haben das Recht die Richtigstellung fehlerhafter Daten zu verlangen. Sie können die Löschung Ihrer Daten verlangen, sofern keine gesetzlichen Verpflichtungen (Aufbewahrungspflichten von Rechnungen, Ausbildungs- oder Brevetierungsunterlagen) diesem Wunsch entgegenstehen.

.....

Datum / Ort / Unterschrift

*Ordinationsadresse:*  
Wiesingerstrasse 3/19, 1010 Wien

*Terminvereinbarung:*  
info@foldive.com  
www.foldive.com