**Einwilligung zur Speicherung von gesundheitsbezogenen Daten**

Hiermit willige ich,

(Name, Vorname): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

ein, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten (Name, Vorname, Ablaufdatum des 2G-Nachweises) einmalig im erforderlichen Umfang geprüft, eingeholt, in der Mitgliederliste erfasst und gespeichert werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift\*

\*bei unter 18-jährigen die Unterschrift der erziehungsberechtigten Personen