Bitte füllen Sie die für ihren Antrag nötigen Felder aus und senden das Formular per Email an datenschutz@scratch-pv.com oder per Post an Datenschutz SCRATCH GmbH, Schlossstraße 25, 35510 Butzbach.

Vorname Nachname:

Straße, PLZ, Ort:

Mail, Telefon:

Lassen Sie uns bitte einen Nachweis zukommen, anhand dessen sich Ihre Identität bestätigen lässt, z. Bsp. eine Kopie Ihres Ausweises, Ihres Führerscheins oder Ihres Passes.

Unterschrift:

Beziehung zur SCRATCH Pharmacovigilance GmbH:

 🗌 Kunde

 🗌 Lieferant

 🗌 Mitarbeiter

 🗌 Sonstige

Welches Recht möchten Sie ausüben?

 🗌 Recht auf Wissen, was von mir gespeichert ist (Kopie der gespeicherten personenbezogenen D.)

 🗌 Zustimmung widerrufen (gegebene Zustimmung zur Verarbeitung widerrufen)

 🗌 Recht auf Berichtigung (benötigte Korrektur der Personenbezogenen D.)

 🗌 Recht auf Löschung (personenbezogene D. löschen, wenn möglich)

 🗌 Recht auf Beschränkung der Verarbeitung (Sperren der personenbezogenen D.)

 🗌 Recht auf Datenübertragung (Kopie der personenbezogenen D. in elektronischer Form)

 🗌 Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (der Verarbeitung widersprechen)

 🗌 Recht auf menschliches Eingreifen (manuelle Überprüfung beantragen)

 🗌 Sonstiges:

Soll das Gespräch anders als in schriftlicher Form fortgeführt werden, sagen Sie bitte wie mit Begründung:

Wenn Sie das Recht auf Berichtigung gewählt haben, teilen Sie bitte die Korrektur hier mit:

Wenn Sie das Recht auf Löschung oder Beschränkung der Verarbeitung gewählt haben, teilen Sie hier bitte mit Grund mit, was zu Entfernen bzw. zu Sperren ist:

Wenn Sie das Recht auf Datenübertragung gewählt haben, teilen Sie bitte mit, wohin welche Daten übertragen werden sollen, wenn es möglich ist:

Wenn Sie das Recht auf menschliches Eingreifen gewählt haben, dann beschreiben Sie bitte die Entscheidung aus Ihrer Sicht:

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Formulars.

Wir werden Ihren Antrag nun mit den von Ihnen angegebenen Informationen bearbeiten und Ihnen das Ergebnis baldmöglichst mitteilen.