

Rückfax an: 0391 – 5 62 02 56

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, danke!

Bitte nehmen Sie Änderungen im Suchthilfewegweiser in folgenden Rubriken vor:

Name der Einrichtung	
Rechtsträger	
Adresse	
Zielgruppe/n und/oder Suchtform/en und/oder Angebote	
Ansprechpartner/in* (max. zwei Personen)	
Telefonnummer*	
Faxnummer	
E-Mail-Adresse*	
Webseite/Homepage	
<p>Ich kann der Nutzung meiner personenbezogenen Daten jederzeit formlos auf den gängigen Kommunikationswegen bei der LS-LSA widersprechen. Ich habe ein Recht auf Berichtigung, Sperrung und Löschung der durch mich an die LS-LSA übergebenen personenbezogenen Daten. Ich bin berechtigt, jederzeit Auskunft über von mir gespeicherte Daten und den Zweck der Speicherung zu erhalten.</p> <p>Weitere Informationen zum Datenschutz finden sich in der Datenschutzerklärung der LS-LSA unter http://www.ls-suchtfraegen-lsa.de/datenschutzerklaerung.html.</p> <p>Mit meiner Unterschrift erteile ich meine Einwilligung, dass die o.g. personenbezogenen Daten veröffentlicht werden.</p> <p>*Bei personenbezogenen Angaben (Vorname, Name, personal. E-Mail, ggf. Tel.nr. etc.) bitte auch hier unterschreiben:</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift betroffene Person gem. DSGVO</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift betroffene Person gem. DSGVO</p>	

Ort, Datum

Unterschrift Leitung, Stempel