

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zur Impfung vorlegen!

AMZ für den Kreis Olpe e. V.
In der Trift 11
57462 Olpe

Name, Sitz der Firma (Stempel)

**Kostenübernahmebescheinigung
Covid-19 Impfung durch den Arbeitgeber**

AMZ-Mitgliedsnummer*

Name

Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Ort

Hiermit wird bestätigt, dass für den o.g. Mitarbeiter die Kosten der Covid-19 Impfung im Rahmen der „Impfstraße des AMZ für den Kreis Olpe e. V.“ am Standort

Mubea, Mubea Platz 1, 57439 Attendorn

von uns übernommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift/Firmenstempel

* Ihre AMZ Mitgliedsnummer finden Sie auf der letzten Beitragsrechnung

Bitte lesbar ausfüllen (Druckbuchstaben oder PC)

Verantwortlicher: Arbeitsmedizinisches Zentrum für den Kreis Olpe e. V.

Datenschutzbeauftragter: VIA Consult GmbH & Co. KG, Karsten Kunde, Martinstraße 25, 57462 Olpe, Tel +(49) 0 2761 83668 0, Mail: datenschutz@via-consult.de
Zweck und Rechtsgrundlage der Verarbeitung: Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Rechnungsstellung der Impfleistung im Zusammenhang mit Covid-19. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) Einwilligung und ggf. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO gesetzliche Verpflichtung (IfSG). Eine Verwendung der Daten zu anderen Zwecken findet nicht statt.
Empfänger der Daten: Eine Weitergabe ist ansonsten ausgeschlossen.
Speicherdauer: Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren nach dem letzten Kontakt mit Ihnen aufbewahrt und danach vernichtet.
Ihre Betroffenenrechte: Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO sowie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Lösungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz). Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO).