



## Einverständniserklärung für den Erhalt von Informationen für ehemalige Patientinnen und Patienten der Heiligenfeld Kliniken

Bitte Rücksendung per Post, per E-Mail an **newsletter@heiligenfeld.de** oder einfach per Fax an folgende Nummer: **0971 84-4029**.

Heiligenfeld Kliniken  
Marketing-Abteilung  
Altenbergweg 6  
97688 Bad Kissingen

**Ich möchte zukünftig den Heiligenfeld-Newsletter sowie Einladungen zum Ehemaligen-Treffen / Sommerfest erhalten:**

**per Post**

**per E-Mail an (bitte tragen Sie hier Ihre E-Mail-Adresse ein):**

---

Ich bin / war Patientin / Patient der

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| Parkklinik Heiligenfeld            | <input type="checkbox"/> |
| Fachklinik Heiligenfeld            | <input type="checkbox"/> |
| Rosengartenklinik Heiligenfeld     | <input type="checkbox"/> |
| Luitpoldklinik Heiligenfeld        | <input type="checkbox"/> |
| Heiligenfeld Klinik Uffenheim      | <input type="checkbox"/> |
| Heiligenfeld Klinik Waldmünchen    | <input type="checkbox"/> |
| Heiligenfeld Klinik Berlin         | <input type="checkbox"/> |
| Heiligenfeld Klinik Bad Wörishofen | <input type="checkbox"/> |

Die weiteren Angaben benötigen wir zur Zuordnung Ihrer Daten:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Sie sind ausdrücklich damit einverstanden, dass die Heiligenfeld Kliniken GmbH Ihre personenbezogenen Daten für den Versand von Newslettern, Einladung zu Veranstaltungen/Sommerfest und Zusendung von Informationen über die Heiligenfeld Kliniken GmbH verwendet und Sie diesbezüglich künftig kontaktiert. Damit wir Ihnen Informationen zukommen lassen können, werden die von Ihnen überlassenen persönlichen Daten für die Dauer der Einwilligung mit den von Ihnen ggf. früher oder zukünftig überlassenen Daten zusammen gespeichert. Die von Ihnen erteilte Einwilligung wird protokolliert und ist für Sie jederzeit schriftlich abrufbar.

Sie haben jederzeit ein Recht auf kostenlose Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung Ihrer gespeicherten Daten. Ihr Auskunftsverlangen über den Umfang der von Ihnen erteilten Einwilligung oder die von uns gespeicherten personenbezogenen Daten richten Sie bitte an folgende E-Mail-Adresse [info@heiligenfeld.de](mailto:info@heiligenfeld.de) oder an die Heiligenfeld Kliniken GmbH (Altenbergweg 6, 97688 Bad Kissingen). Einen Widerruf Ihrer Zustimmung können Sie an folgende E-Mail-Adresse [newsletter@heiligenfeld.de](mailto:newsletter@heiligenfeld.de) oder an die Heiligenfeld Kliniken GmbH (Altenbergweg 6, 97688 Bad Kissingen) richten. Der Bezug von Informationssendungen endet damit automatisch.

Datum/Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_