

Datenschutz-Grundverordnung

Formular zur Ausübung der Rechte einer betroffenen Person

Personalien der betroffenen Person

Name:

Vorname:

Verhältnis zur betroffenen Person:

Bewohner selbst

Gesetzlicher Vertreter von Herrn/Frau.....

Vertrauensperson von Herrn/Frau

Mitarbeiter selbst

Postanschrift:

Hausnr.: Straße:

Postleitzahl: Ortschaft:

Land:

E-Mail-Adresse:

Telefonnr.:

Recht(e), das/die die betroffene Person ausüben möchte

Auskunftsrecht

Recht auf Berichtigung

Recht auf Löschung

Recht auf Einschränkung

Widerspruchsrecht

Recht auf Übertragbarkeit

Recht, die Einwilligung zu widerrufen

Einzelheiten des Antrags

Betroffene personenbezogene Daten:

.....

Grund/Gründe des Antrags:

.....

Antwort auf den Antrag:

Die betroffene Person möchte folgendermaßen eine Antwort erhalten:

- Per Post an die in diesem Formular angegebene Anschrift
- Per E-Mail an die in diesem Formular angegebene E-Mail-Adresse

Unterschrift: Datum:

Belege

Dem Antrag unbedingt beizufügen: Beidseitige Kopie eines gültigen Identitätsnachweises.

Der Antrag ist an folgende **Postanschrift** zu senden:

Les Hospices Civils de la Ville de Luxembourg
Direction
2, rue Englebert Neveu
L-2224 Luxembourg

oder an folgende **E-Mail-Adresse**:

secretariat@hcvl.lu

oder direkt im **Direktionssekretariat** abzugeben

2, rue Englebert Neveu
L-2224 Luxembourg