Nur mit dem Einverständnis der beschwerdeführenden Person kann die unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Kontakt mit den zuständigen Stellen aufnehmen, Anregungen und Beschwerden weiterleiten oder Stellungnahmen zu der Beschwerde einholen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit willige ich ein, dass die beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz bestellte Unabhängige Ombudsperson sowie die ihr zugeordneten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Geschäftsstelle

- den Beschwerdesachverhalt an die zuständige Fachabteilung des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz zur Stellungnahme weiterleitet
- erforderliche Unterlagen und personenbezogene Daten einsehen dürfen
- den Beschwerdesachverhalt ggfs. an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz weiterleiten dürfen

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und ist jederzeit widerrufbar.

Einverständniserklärung zum Datenschutz*

- Ich bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten einverstanden.

Name (bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Geburtsdatum

*Detaillierte Hinweise zum Datenschutz sind unserer Homepage www.md-rlp.de/datenschutz zu entnehmen.