

Datenübermittlung an einen BKK Pfalz Hilfsmittellieferanten



BKK Pfalz
Team Hilfsmittel
Lichtenbergerstr. 16
67059 Ludwigshafen

Persönliche Daten des Versicherten

Name, Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Pfalz folgenden Vertragspartner beauftragt:

Die Einwilligung gilt für folgende(s) Hilfsmittel:

Bitte die Bezeichnung des Hilfsmittels, z.B. Hörgerät, Kniebandage etc. im Feld eintragen.

Meine personenbezogenen Daten kann die BKK Pfalz an zugelassene Hilfsmittellieferanten weitergeben. Dies sind mein Name, meine Anschrift, meine Telefonnummer, mein Geburtsdatum, meine Versichertennummer und meine Hilfsmittelbescheinigung bzw. -verordnung.

Hinweise: Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie jedoch nicht einwilligen, können wir diese Hilfsmittelversorgung nicht für Sie leisten. Weitere Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder elektronisch widerrufen. Ihren Widerruf senden Sie bitte an: BKK Pfalz, Team Hilfsmittel, Lichtenbergerstr. 16, 67059 Ludwigshafen, E-Mail: hilfsmittel@bkkpfalz.de.

Sie haben gegenüber der BKK Pfalz außerdem jederzeit das Recht auf Berichtigung, Auskunft, Einschränkung und Löschung Ihrer Daten. Nutzen Sie dafür bitte folgenden Ansprechpartner der BKK Pfalz: BKK Pfalz, Beauftragter für den Datenschutz, Lichtenbergerstr. 16, 67059 Ludwigshafen, E-Mail: datenschutz@bkkpfalz.de.

Ihre erhobenen und gespeicherten Daten werden gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)