



# Pegasus Apotheke

## Kompetenzcenter für Multiple Sklerose

Jan – Uwe Kreuschner e. K.

Sandstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. 0451-73729, Fax:0451-795097

Steuernummer 2214300631 Ust.-Ident.-Nr.: DE 18346262622 Amtsgericht Lübeck HRA3631HL

www.pegasus-apotheke-luebeck.de • pegasus-apotheke-luebeck@t-online.de

**Damit Sie auch in Zukunft keine Einladung zu unseren Veranstaltungen verpassen!**

### **Achtung:**

Gem. der neuen EU-Datenschutzverordnung bitten wir Sie hiermit um Ihr schriftliches Einverständnis zu erteilen, denn nur dann können wir Sie weiterhin per Brief (o. ä.) über unsere aktuellen Veranstaltungstermine informieren.

### **Hinweis zur Datennutzung und – speicherung:**

Die Pegasus Apotheke speichert und verarbeitet Ihre Daten ausschließlich gem. d. Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu) und der EU-Datenschutzverordnung (EU-DSGVO). Für die Verarbeitung können auch vertraglich gebundene externe Dienstleister eingesetzt werden. Die Pegasus Apotheke sichert die Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften auch bei Dienstleistern vertraglich zu. Eine sonstige Weitergabe, Verkauf oder Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

### **Ihre Rechte:**

Sie haben das Recht auf Widerspruch, Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, Sperrung und Löschung, sowie das Recht auf Vergessenwerden zu Ihren Daten. Für den Fall, dass Sie mehr über den Umgang mit Ihren Daten erfahren und zukünftig keine Informationen mehr erhalten möchten, können Sie uns dies ohne Angabe von Gründen über die o. g. Kontaktdaten mitteilen.

**Bitte geben Sie das ausgefüllte Formular (siehe Rückseite) in der Pegasus Apotheke ab oder senden Sie es uns per Post, Fax oder E-Mail zu!**

Bitte wenden



**Ich bin damit einverstanden, dass die Pegasus Apotheke mich /uns regelmäßig mehrmals im Jahr über ihre aktuellen Veranstaltungstermine per Brief (o.ä.) informiert.**

Widerspruchsrecht: Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der Pegasus Apotheke telefonisch, schriftlich, per Fax oder E-Mail stornieren.

.....  
Name

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Adresszusatz

.....  
Postleitzahl, Ort

.....  
Telefonnummer

.....  
**Ort, Datum** **Unterschrift**