

Berechtigungsnachweis

für den kostenlosen Bezug von 3 CE-zertifizierten FFP2-Schutzmasken gemäß
Corona-Schutzmaskenverordnung (SchutzmVO) für den Monat Dezember 2020

Hiermit bestätige ich,

das 60. Lebensjahr vollendet zu haben

oder

dass bei mir eine der folgenden Erkrankungen oder Risikofaktoren vorliegen:

- chronisch, obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale
- chronische Herz- oder Niereninsuffizienz
- zerebrovaskuläre Erkrankung, insbesondere Schlaganfall
- Diabetes mellitus Typ 2
- aktive, fortschreitende oder metastasierende Krebserkrankung oder stattfindende oder bevorstehende Therapie, welche die Immunabwehr beeinträchtigen kann,
- stattgefundene Organ- oder Stammzelltransplantation
- Risikoschwangerschaft

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- dass ich in keiner anderen Apotheke kostenlose FFP2-Masken nach SchutzmVO bis zum Ablauf des 6. Januar 2021 bezogen habe,
- dass mir bekannt ist, dass ich keine weiteren kostenlosen FFP2-Masken nach SchutzmVO bis zum Ablauf des 6. Januar 2021 beziehen kann.

Datenschutzhinweis: Die Bahnhof-Apotheke verarbeitet die oben aufgeführten Daten zu Ihrer Person, um Ihre Berechtigung zum kostenfreien Erhalt von Schutzmasken nach § 2 Abs. 1 SchutzmV zu prüfen und um missbräuchliches Vorgehen (Mehrfachabgaben innerhalb des in der SchutzmV festgelegten Zeitraums) zu verhindern. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO, § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c BDSG, § 4 Abs. 1 Satz 3 SchutzmV. Die Löschung Ihrer Daten erfolgt bis spätestens zum 31. Dezember 2024. Die schriftliche Bereitstellung Ihrer Daten ist freiwillig. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

.....
Vorname, Name

.....
Geburtsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift