

.....
.....
.....
.....
.....

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Shire Deutschland GmbH meine im Rahmen der Anmeldung und Teilnahme angegebenen personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Bild und Wortbeitrag etc.) ausschließlich zum Zwecke der Teilnahme am Kreativwettbewerb speichert, verarbeitet und nutzt. Dies umfasst insbesondere der Prämierung und Inkenntnissetzung der Gewinner, •und Veröffentlichung von Beiträgen (aller Teilnehmer) im Internet*, im Einzelnen:

- Veröffentlichung einer Ablichtung des Beitrags und mit Vor und Nachname, Alter, des Teilnehmers auf der Homepage von Shire und der Patientenorganisationen IGH und DHG im Rahmen der Durchführung des Kreativ-Wettbewerbs
- Veröffentlichung einer Ablichtung des Beitrags und mit Vor und Nachname, Alter, im Rahmen der Berichterstattung zum Kreativ-Wettbewerb, z.B. Versand an Zeitungen oder Zeitschriften.

Bei der Auswahl der Gewinner und der Organisation des Wettbewerbs bedient sich Shire Deutschland GmbH Dritter (insbesondere Medizin & Markt GmbH, Dachauer Straße 36, 80335 München). Die Daten werden daher an Dritte weitergegeben. Wenn Sie genauer erfahren möchten, wie Shire persönliche Daten verarbeitet, verweisen wir sie auf unsere Datenschutzbestimmungen, abrufbar auf unserer Website www.shire.de/impressum/privacy-notice. Meine Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber Shire widerrufen. Mir ist bewusst, dass ich ohne eine Einwilligung nicht an dem Kreativwettbewerb teilnehmen kann. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass Shire meine personenbezogenen Informationen in Bezug auf die Einreichung des Kunstwerkes für den Kreativwettbewerb, wie in dieser Einwilligungserklärung beschrieben, verwenden, offenlegen und weitergeben darf.

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann für die Zukunft bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung widerrufen werden. Ein Widerruf führt zum Ausschluss vom Kreativ-Wettbewerb.

Ort, Datum

Unterschrift

Zusatzerklärung bei Minderjährigen:

Die abgebildete Person ist noch nicht volljährig. Als sein gesetzlicher Vertreter / seine gesetzlichen Vertreter, erkläre ich / erklären wir hiermit mein / unser Einverständnis mit allen Punkten der vorstehenden Vereinbarung.

.....
Datum, Unterschrift(en) des / der gesetzlichen
Vertreter(s)

.....
Vorname u. Name in Druckbuchstaben des /
der gesetzlichen Vertreter(s)

Die ausgefüllte Einwilligung bitte per Mail an dort@medizin-und-markt.de.

Teilnahmeschluss: 20. Januar 2019