

# Antragsformular LAHO-Ausweis

Konzernbetriebsrat OÖ Landesholding GmbH

p.A. Zentralbetriebsrat der OÖ. Gesundheits- und Spitals-AG

Goethestraße 89

4020 Linz

## Einwilligungserklärung

1. Mit meiner Unterschrift erteile ich hiermit ausdrücklich die Einwilligung gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, sämtliche mich betreffenden, zum Zweck der Ausstellung und Zusendung des LAHO-Ausweises und zur Betreuung und Information über mit diesem Ausweis erhältliche Firmenermächtigungen erforderlichen, personenbezogenen Daten (dies sind in jeweils aktueller Form Familienname/Nachname, Vorname, akademischer Grad/Titel, Geburtsdatum, Dienstgeber [Betrieb], Telefonnummer, E-Mail-Adresse) beim Konzernbetriebsrat der OÖ Landesholding GmbH zu verarbeiten.

2. Mit meiner Unterschrift erteile ich hiermit ausdrücklich die Einwilligung gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur Zusendung des LAHO-Ausweises an den für mich zuständigen Betriebsrat, der diesen an mich persönlich vor Ort in meinem Betrieb übergeben wird. Damit zusammenhängend erteile ich dem Konzernbetriebsrat der OÖ Landesholding GmbH mit meiner Unterschrift hiermit ausdrücklich die Einwilligung gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur Übermittlung der sich am LAHO-Ausweis befindenden personenbezogenen Daten (Familienname/Nachname, Vorname, akademischer Grad/Titel, Geburtsdatum, Dienstgeber [Betrieb]) zum Zweck der Zusendung des LAHO-Ausweises an den für mich zuständigen Betriebsrat.

3. Ein Widerruf der hier freiwillig erteilten Einwilligungen ist grundlos jederzeit per E-Mail an den Konzernbetriebsrat der OÖ Landesholding GmbH per E-Mail-Adresse [zbr.post@gespag.at](mailto:zbr.post@gespag.at) oder schriftlich durch Mitteilung an den Konzernbetriebsrat der OÖ Landesholding GmbH, p.A. Oö. Gesundheits- und Spitals-AG, Goethestraße 89, 4020 Linz, möglich.

Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass weiterführende Erläuterungen betreffend meiner Betroffenenrechte auf der Homepage der OÖ Landesholding GmbH im Mitarbeiterbereich unter <http://www.landesholding.com/mitarbeiterbereich> abrufbar sind.

**Hinweis:** Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Titel:** .....

**Vorname:** .....

**Nachname:** .....

**Geburtsdatum:** .....

**Dienstgeber/Betrieb:** .....

**Tel.Nr. / E-Mail-Adresse:** .....

(wird nicht am Ausweis vermerkt, dient ausschließlich für allfällige Rückfragen)

....., am .....

Unterschrift

### Betriebsrat Med Campus

Bau V, Betriebsratsbüro

Kepler Universitätsklinikum GmbH

Med Campus III.

4021 Linz, Krankenhausstraße 9

T: +43 (0)5 7680 83 - 6061, F +43 (0)5 7680 83 – 74 6061

E: [betriebsrat.mc@kepleruniklinikum.at](mailto:betriebsrat.mc@kepleruniklinikum.at)

W: <http://www.betriebsrat-kuk-mc.at/>