

Vor-/Nachname

---

Zusatz

---

Straße

---

PLZ / Ort

---

Tierärztekammer Niedersachsen  
Fichtestraße 13  
30625 Hannover

Fax: 0511 / 655 118 28

E-Mail: [mail@tknds.de](mailto:mail@tknds.de)

## **Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DS-GVO zur Veröffentlichung von Geburtstags- und Sterbedaten**

- Hiermit willige ich ein, dass anlässlich meines Geburtstages mein Geburtsdatum zusammen mit meinem Namen und meiner Privatadresse im Deutschen Tierärzteblatt veröffentlicht werden darf.
- Hiermit willige ich ein, dass im Falle meines Ablebens mein Sterbedatum zusammen mit meinem Namen, meiner Privatadresse und meinem Geburtsdatum im Deutschen Tierärzteblatt veröffentlicht werden darf.

Gleichzeitig willige ich damit zur Übermittlung dieser Daten durch die Tierärztekammer Niedersachsen an die Schlütersche Fachmedien GmbH ein, sofern diese Datenverarbeitung nicht aufgrund gesetzlicher Grundlagen an sich zulässig ist.

---

Datum, Ort

---

Unterschrift

**Diese Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs ist dieser handschriftlich unterzeichnet an die Adresse der Tierärztekammer Niedersachsen schriftlich oder per E-Mail zu senden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**