



**Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Ich, \_\_\_\_\_, Funktion im BLV \_\_\_\_\_ willige ein, dass neben den vertraglichen oder satzungsgemäßen Pflichten des Verbandes die folgenden Daten aufgrund meiner Funktion im Bayerischen Leichtathletik-Verband e.V. als Kampfrichter, ehrenamtlich tätiger, Trainer, Betreuer, o.ä. erhoben werden.

**Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**  
 Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem Bayerischen Leichtathletik-Verband e.V. um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem Bayerischen Leichtathletik-Verband e.V. die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine Daten	Speicherung EDV und zur Kommunikation	Weitergabe auf Anfrage
Vorname/Nachname	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ Ort	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mail	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mobil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsjahr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Betroffenen