

Verschwiegenheitsverpflichtung für L&B-Besucher

Mit dem vorliegenden Dokument verpflichtet sich der/die Besucher/in zur Einhaltung der nachfolgend dargestellten Regelungen bezüglich der Sichtung, Erfassung und Auswertung von Daten, Softwaresystemen und internen Informationen im Rahmen des Aufenthaltes bei der Lohmann & Birkner Health Care Consulting GmbH bzw. ihrer Tochterunternehmen.

Verpflichtungserklärung gemäß § 53 Bundesdatenschutzgesetz [2018]

Ich verpflichte mich zur Wahrung des **Datengeheimnisses** ¹⁾ in Bezug auf die Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten.

- Es ist mir untersagt, geschützte personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder anderweitig zu nutzen.
- Mir ist bekannt, dass die genannten Pflichten auch nach Beendigung meiner Tätigkeit bzw. meines Aufenthaltes bei Lohmann & Birkner fortbestehen.
- Die Folgen eines Verstoßes gegen das Datenschutzgesetz, insbesondere die Strafvorschriften des BDSG (des §§ 43, 44) betreffend, sind mir bewusst.

Darüber hinaus verpflichte ich mich zur Verschwiegenheit in Bezug auf die internen Gegebenheiten und Prozesse sowie das Spektrum der Kunden und Projekte von Lohmann & Birkner. Es ist mir untersagt, diesbezügliche Informationen zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder anderweitig zu nutzen.

Berlin, den _____

Ort, Datum

Besucher (bitte in Blockbuchstaben

Firma (bitte in Blockbuchstaben)

Unterschrift

Auszufüllen von Lohmann & Birkner:		
Grund des Besuches <i>(bitte ankreuzen)</i>	Zuständigkeit <i>(bitte ankreuzen)</i>	
<input type="checkbox"/> Personalangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Dr. R. Lohmann	<input type="checkbox"/> M. Bünger
<input type="checkbox"/> Dienstleistung für L&B	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Verwaltung
<input type="checkbox"/> Geschäftspartner, Kunde, Projektteilnehmer...	<input type="checkbox"/> Team Register	<input type="checkbox"/> Team IT / Support
<input type="checkbox"/> sonstiger Besuch oder sonstige Veranstaltung <i>(bitte unten in Freitextfeld eingeben)</i>	<input type="checkbox"/> Team Psych	<input type="checkbox"/> Team Medizin
_____	<input type="checkbox"/> sonstige <i>(bitte unten in Freitextfeld eingeben)</i>	
_____	_____	

¹⁾ „Mit Datenverarbeitung befasste Personen dürfen personenbezogene Daten nicht unbefugt verarbeiten (Datengeheimnis).“