



Formulier: Verzoek gegevenswissing cliënt

Naam en voorletters cliënt:

Wettelijk vertegenwoordiger cliënt (indien van toepassing):

Relatie cliënt: gezaghebbend ouder / curator / mentor / mentor & bewindvoerder / gemachtigde

Adres cliënt of vertegenwoordiger:

Telefoonnummer cliënt of vertegenwoordiger:

E-mail cliënt of vertegenwoordiger:

Ondergetekende verzoekt hierbij om wissing van zijn / haar gegevens:

het hele dossier

een deel van het dossier, namelijk:

Motivatie:

niet langer nodig / geen doel

onrechtmatig verwerkt

geen gerechtvaardigde gronden voor verwerking

wettelijke plicht tot wissening

intrekken toestemming (*geldt alleen voor wat na toestemming verzameld is*)

Plaats:

Datum:

Handtekening cliënt:

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger:

Wanneer u verzoekt om wissing kan ASVZ zich in de toekomst niet meer verweren in het geval van een claim of aansprakelijkheid naar aanleiding van de door ASVZ verleende zorg. U kunt, als u definitief kiest voor wissing, geen aanspraak meer doen jegens ASVZ en verleent u ASVZ finale kwijting met betrekking tot alle in het verleden verleende zorg.

Formulier sturen naar: ASVZ – t.a.v. Kwaliteit – Prisma 67 – 3363 DJ Sliedrecht

ASVZ voldoet:

wel aan het verzoek

niet aan het verzoek, omdat:

het uitoefenen van het recht op vrijheid van meningsuiting en informatie.

het nakomen van een verplichting in de wet of een verdrag.

redenen van algemeen belang.

de instelling, uitoefening of onderbouwing van een rechtsvordering.

aanmerkelijk belang derde / wettelijke plicht (WGBO).

Formulier sturen naar: ASVZ – t.a.v. Kwaliteit – Prisma 67 – 3363 DJ Sliedrecht