

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN IM RAHMEN DER BEWERBUNG FÜR DEN PREIS DER DEUTSCHEN HOCHSCHULMEDIZIN 2024

Vorname, Name: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

E-Mail-Adresse: .....

- Ich stimme der Erfassung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Bewerbung für den Preis der Deutschen Hochschulmedizin 2024 durch den Medizinischen Fakultätentag und deren Weitergabe an die Preis-Jury zu.

Ich stimme der Verwendung des Bewerbungsvideos für den Preis der Deutschen Hochschulmedizin 2024 durch den Medizinischen Fakultätentag in folgenden Fällen zu:

- Bei Gewinn im Rahmen der Preisverleihung vor Publikum am Tag der Deutschen Hochschulmedizin am 28.11.2024.
- Bei Nicht-Gewinn im Rahmen der Preisverleihung vor Publikum am Tag der Deutschen Hochschulmedizin am 28.11.2024.

Ich stimme der Verwendung meines Bewerbungsvideos für den Preis der Deutschen Hochschulmedizin 2023 durch Deutsche Hochschulmedizin e.V. für die Dokumentation des Preises für die Öffentlichkeit auf ihrer Website und ihren Social Media-Kanälen (u.a. LinkedIn) in folgenden Fällen zu:

- Bei Gewinn des Preises der Deutschen Hochschulmedizin 2024.
- Bei Nicht-Gewinn des Preises der Deutschen Hochschulmedizin 2024.
- Ich damit einverstanden, bezüglich einer allfälligen Weiterverwendung meines Bewerbungsvideos für die Belange des Deutsche Hochschulmedizin e.V. wieder kontaktiert zu werden.

Ort, Datum, Unterschrift