

## Widerspruchsformular

Für einen gültigen Widerspruch füllen Sie bitte alle **\*Pflichtfelder** sorgfältig aus. Die Angaben zu Name, Anschrift und Geburtsdatum sind erforderlich, um Ihre Person eindeutig im Krebsregister zu identifizieren und Ihren Widerspruch gemäß den gesetzlichen Vorgaben umzusetzen. Ohne diese Angaben ist eine sichere Bearbeitung Ihres Widerspruchs nicht möglich. Nach Aufnahme Ihres Widerspruchs erhalten Sie eine Bestätigung.

### Angaben zur Widerspruch einlegenden Person

**Nachname\*:**

ggfs. frühere Namen/Geburtsname:

**Vorname\*:**

**Straße und Hausnummer\*:**

**PLZ\*:**

**Wohnort\*:**

**Geburtsdatum\*:**

E-Mail Adresse:

optional Nachricht:

Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung: <https://kkrbb.de/datenschutzerklaerung/>

**Ort:**

**Datum:**