

## Einwilligung in die Datenverarbeitung

Ich,

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Name)  
(Vorname)  
(Anschrift)  
(Telefon)  
(E-Mail)  
(Geburtsdatum)  
(Ggf. Erziehungsberechtigte)  
(Geschlecht)  
(Ernährungstyp)  
(Sportaktivitäten)  
(Zeitpunkt der letzten  
Antibiotika-Kur)

willige ein, dass

a) [Voller Firmenname, Sitzanschrift (kein Postfach), Vertretungsberechtigte]

---

---

und

b) die **Projekt Gesundheit Consulting GmbH** (Sitz: Dorfstraße 9d, 14913 Niederer Fläming OT Schlenzer, Vertretungsberechtigt: Denis Rothe) sämtliche personenbezogenen Daten von mir erheben, verarbeiten und nutzen dürfen, die für mein kundenspezifisches Zell-Check-Profil sowie für Forschung in Verbindung mit den aus meinen Daten generierten Metadaten zum Zweck der

- Analyse meiner Zellstruktur und Abgleich mit der Zell-Check Wissensdatenbank sowie zu**
- wissenschaftlichen Zwecken zu denen meine Zell-Check-Daten anonymisiert verarbeitet werden**

erforderlich sind. Die Daten werden nur zu diesen Zwecken und nur zwischen dem jeweiligen Geschäftspartner und der Projekt Gesundheit Consulting GmbH ausgetauscht und auf einem Hochsicherheitsserver in Luxemburg gespeichert. Sowohl die Projekt Gesundheit Consulting GmbH als auch der jeweilige Geschäftspartner haben Zugriff auf den Zell-Check Ergebnisbericht, auf dem meine persönlichen Daten sowie meine Zell-Check-Daten einsehbar sind.

Ich habe die vorhergehenden Informationen über den Zell-Check sowie die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Meine Fragen, bezüglich des Zell-Checks wurden zu meiner Zufriedenheit vollständig beantwortet.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist, und ich sie gegenüber der Projekt Gesundheit Consulting GmbH jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, indem ich eine entsprechende Mitteilung an [datenschutz@zell-check.com](mailto:datenschutz@zell-check.com) sende. Mir ist bewusst, dass der Zell-Check ohne Einwilligung nicht möglich ist und ich den Zell-Check jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen kann.

Mir ist ferner bekannt, dass ich die Möglichkeit habe, meine Einwilligung gegenüber dem jeweiligen Geschäftspartner mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen,

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde / Erziehungsberechtigter