

Antragsformular für betroffene Person¹

Sie sind nicht verpflichtet, dieses Formular auszufüllen, um einen Antrag zu stellen, aber dies erleichtert es uns, Ihren Antrag effizienter zu bearbeiten.

Antragsdatum: _____

Kontaktinformationen des Antragstellers:

Vorname

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Nachname

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Telefon

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

E-Mail

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Land

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Straße Adresse

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Stadt

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Bundesland/Provinz

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Antrag zu Personenbezogenen Daten

Ich möchte folgendes:

- Bestätigung, dass Sie meine personenbezogenen Daten haben
- Erhalten Sie eine Kopie meiner personenbezogenen Daten
- Meine personenbezogenen Daten aktualisieren
- Abmeldung von den Marketingaktivitäten von Blueprint Medicines
- Einwilligung zur Verwendung meiner personenbezogenen Daten widerrufen
- Meine personenbezogenen Daten löschen
- Beschwerde über die Verwendung meiner personenbezogenen Daten

Details der betroffenen Personen

Identisch mit dem Antragsteller

Vorname

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Nachname

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Telefon

E-Mail

¹ Anträgen erhalten innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Eingang bei Blueprint Medicines eine Antwort. Aufgrund der Komplexität des Antrages Blueprint Medicines wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen, wenn zusätzliche Zeit für die Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich ist. Eine Überprüfung der Identität ist erforderlich. Wenn der Antrag nicht von der betroffenen Person oder dem Elternteil einer minderjährigen betroffenen Person gestellt wird, sollte dieser Antrag die Bestätigung enthalten, dass der Antragsteller befugt ist, im Namen der betroffenen Person zu handeln (z.B. Nachweis der Vormundschaft, Vollmacht).

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Land

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Stadt

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Straße Adresse

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Bundesland/Provinz

[Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Beziehung zu Blueprint Medicines

- Bewerber oder Kandidat
- Referenz für einen Bewerber
- Ehemaliger Mitarbeiter oder ehemaliger Zeitarbeitskräfte
- Medizinisches Fachpersonal
- Organisation im Gesundheitswesen
- Verkäufer
- Patient/Pflegekraft
- Andere Privatperson

Welcher Funktion oder Gruppe bei Blueprint Medicines wurden Ihre persönlichen Informationen zur Verfügung gestellt?

- Clinical
- Commercial (Vertrieb und Marketing)
- Finanz
- Personalabteilung
- Informationstechnologie
- Legal
- Medizinisch
- Forschung
- Sonstiges/Weiß nicht

Wenn Sie darum gebeten haben, eine Kopie der angeforderten Daten zu erhalten, wie möchten Sie die Daten erhalten (falls sich herausstellt, dass sich welche im Besitz von Blueprint Medicines befinden)?

- Elektronische Kopien
 - Zugriff auf eine sichere Website
 - Oben angegebene E-Mail-Adresse
- Papierkopien
 - Bereitstellen
 - Abholung im Blueprint Medicines Office

Erklärung

Indem Sie dieses Formular an Blueprint Medicines senden, können Sie:

- Bestätigen Sie, dass Sie die Bedingungen dieses Antragsformulars für betroffene Person gelesen und verstanden haben und dass die bereitgestellten Informationen korrekt und vollständig sind.
- Bestätigen Sie, dass Sie die in diesem Antragsformular genannte betroffene Person oder der bevollmächtigte Vertreter der betroffenen Person sind.
- Stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer in diesem Formular angegebenen personenbezogenen Daten zur Identifizierung der personenbezogenen Daten, über die Sie einen Antrag stellen, und zur Beantwortung Ihres Antrags zu.

Unterschrift: _____