**Antragsformular für betroffene Personen**[[1]](#footnote-1)

***Die Verwendung dieses Formulars ist nicht zwingend zur Antragstellung erforderlich, ermöglicht jedoch eine effizientere Bearbeitung.***

**Datum der Antragstellung:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktangaben der antragstellenden Person:**

Vorname Nachname

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

Telefon E-Mail

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

Land

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

Straße Ort

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

Bundesland

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

**Anfrage zu personenbezogenen Daten**

Ich bitte um Folgendes:

* *Bestätigung, dass meine personenbezogenen Daten bei Ihnen vorliegen*
* *Erhalt einer Kopie meiner personenbezogenen Daten*
* *Aktualisierung meiner personenbezogenen Daten*
* *Abbestellung der Marketingaktivitäten von Alnylam*
* *Rückzug meiner Einwilligung zur Datenverarbeitung*
* *Löschen meiner personenbezogenen Daten*
* *Einreichung einer Beschwerde über die Verwendung meiner personenbezogenen Daten*

**Grund des Antrags**

(optional)

* *Sie glauben, dass Ihre Daten unvollständig oder falsch sind*
* *Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für den ursprünglichen Zweck nicht mehr erforderlich ist*
* *Sie ziehen Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für einen bestimmten Zweck zurück*
* *Sie lehnen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke des Direktmarketings ab*
* *Sie glauben, dass Ihre personenbezogenen Daten gesetzwidrig verarbeitet wurden*

**Angaben zur betroffenen Person**

Entspricht der Person, die den Antrag stellt

Vorname Nachname

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

Telefon E-Mail

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

Land

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

Straße Ort

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

Bundesland

*Zur Texteingabe hier klicken oder antippen*

**Beziehung zu Alnylam**

* *Stellenbewerber oder -kandidat*
* *Empfehlung*
* *Mitarbeiter/vorübergehender Beschäftigter*
* *Ehemaliger Mitarbeiter*
* *Medizinische Fachkraft*
* *Gesundheitseinrichtung*
* *Anbieter*
* *Elternteil/Betreuungsperson*
* *Sonstige private Person*

**Geben Sie mit Bezugnahme auf das heutige Datum den Zeitraum an, in dem Alnylam Ihre personenbezogenen Daten erhalten hat.**

* *Weniger als 3 Monate*
* *3 bis 6 Monate*
* *6 bis 12 Monate*
* *12 Monate bis 2 Jahre*
* *2 oder mehr Jahre*

**Welcher Abteilung oder Gruppe bei Alnylam wurden Ihre personenbezogenen Daten zur Verfügung gestellt?**

* *Klinische Abteilung*
* *Kaufmännische Abteilung (Verkauf und Marketing)*
* *Finanzabteilung*
* *Personalabteilung*
* *IT-Abteilung*
* *Rechtsabteilung*
* *Medizinische Abteilung*
* *Forschungsabteilung*

**Wie sollen wir Ihnen die angeforderten Informationen (falls zutreffend) zusenden?**

* *Elektronische Kopie*
  + *Zugang zu gesicherter Website*
  + *Per E-Mail wie oben angegeben*
* *Papierexemplar*
  + *Postweg*
  + *Selbstabholung bei Alnylam*

**Erklärung**

Mit der Einreichung dieses Formulars:

* bestätigen Sie, dass Sie die Bedingungen dieses Antragsformulars für betroffene Personen gelesen und verstanden haben und dass die bereitgestellten Informationen vollständig und richtig sind
* bestätigen Sie, dass Sie die in diesem Antragsformular für betroffene Personen genannte betroffene Person bzw. ein autorisierter Vertreter der genannten betroffenen Person sind
* stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer in diesem Formular bereitgestellten personenbezogenen Daten zur Identifizierung der personenbezogenen Daten, um die es sich bei Ihrem Antrag handelt, und zur Beantwortung Ihres Antrags zu

1. Anträge werden innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erhalt von Alnylam beantwortet. Je nach Sachverhalt ist ggf. mehr Zeit erforderlich. Falls die Bearbeitung Ihrer Anfrage zusätzliche Zeit in Anspruch nehmen sollte, werden Sie von Alnylam diesbezüglich informiert.

   Identitätsprüfung ist erforderlich.

   Falls der Antrag nicht von der betroffenen Person oder einem Elternteil einer minderjährigen betroffenen Person eingereicht wird, muss er die Bestätigung enthalten, dass die antragstellende Person berechtigt ist, im Namen der betroffenen Person zu handeln (z. B. Nachweis über die Vormundschaft, Vollmacht). [↑](#footnote-ref-1)