

Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung zur Studienteilnahme und verlange die sofortige und unwiderrufliche Löschung meiner personenbezogenen Daten gemäß folgender Nummer:

Geben Sie hier ↑ bitte unbedingt Ihr Zeichen (Personenkennziffer) an (85-XX-XXXX-XX-XX)

Ort, Datum

Unterschrift