

.....
Name, Vorname / Firma

.....
.....
.....
.....
.....

Anschrift

.....
Registernummer, falls bekannt

Fax: 030 726161-287

E-Mail: berufsregister@wpk.de

**Wirtschaftsprüferkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Rauchstraße 26
10787 Berlin**

Widerruf meiner Einwilligung in die Veröffentlichung und Weitergabe von Daten

Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung in die Veröffentlichung:

sämtlicher freiwillig angegebener Daten im Berufsregister/ Abschlussprüferregister

folgender freiwillig angegebener Daten im Berufsregister/ Abschlussprüferregister

.....
.....
.....
.....

Ich möchte nicht, dass meine Daten weitergegeben werden:

an Dritte generell

an privatrechtliche Berufsorganisationen

an Universitäten, Fachhochschulen und vergleichbaren Einrichtungen

an Fortbildungsanbieter

zu Zwecken der Kandidateninformation oder sonstigen Unterrichtung

an andere nicht öffentliche Stellen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

(Stand: Mai 2018)