

FULDMAGT

Undertegnede:

Navn _____
CPR nummer _____
Adresse _____
Postnummer _____ By _____
Telefonnummer _____
Kundenummer _____
Dato og underskrift _____

Giver hermed fuldmagt til Fuldmagtshaver:

Navn _____
Fødselsdato _____
Adresse _____
Postnummer _____ By _____
Telefonnummer _____
Dato og underskrift _____

Fuldmagt til på vegne af Fuldmagtsgiver at udøve Fuldmagtsgivers rettigheder som registreret i henhold til databeskyttelsesreglerne over for Boxer TV, hvilket omfatter ret til indsigt, berigtigelse, sletning, begrænsning af behandling, dataportabilitet samt tilbagekaldelse af samtykke til behandling af personoplysninger.

Fuldmagten skal scannes og sendes til kundeservice@boxertv.dk eller til:

Boxer TV
Att. GDPR
Postbox 118
1004 København K

Denne fuldmagt gælder i 6 måneder fra Fuldmagtsgivers underskriftdato.