



**5. Wann hat der Verstoß stattgefunden? (Datum und Uhrzeit)\***

**6. Welche Personen waren/sind in das Ereignis involviert? \***

**7. Welche Personen können Auskunft zu dem Sachverhalt geben?\***

**8. Kontaktaufnahme, Namensnennung und Anonymität**

**a. Können wir Sie im Rahmen der Prüfung Ihres Hinweises kontaktieren?**

(einer Weiterleitung Ihres Namens an Dritte stimmen Sie hiermit nicht zu, vgl. unter 8.b)

  

Ja, Sie können mich unter folgenden  
Kontaktdaten erreichen:

Nein, ich wünsche keine Kontaktaufnahme.

**b. Darf bei der Aufarbeitung des Hinweises dem Lieferanten gegenüber Ihr Name genannt werden?**

  

Ja

Nein

**Ich habe die Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen.\***

Bitte senden Sie das Formular an [compliance@rhoen-klinikum-ag.com](mailto:compliance@rhoen-klinikum-ag.com) oder per Post an:

**RHÖN-KLINIKUM AG**

Stabsstelle Compliance

Schlossplatz 1

97616 Bad Neustadt a. d. Saale