

Antragsformular



Bahnhofstr. 15
26209 Hatten - Sandkrug
Fax Nr.: 04481 - 980206

Einverständniserklärung

Um Ihnen diese zusätzlichen Serviceleistungen anbieten zu können, benötigen wir einige persönliche Angaben. Wir versichern Ihnen, dass diese Daten ausschließlich innerhalb unseres Betriebes und nur zu Ihrer Beratung und Betreuung verwendet werden. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns, Ihre persönlichen Daten in unserem EDV-System zu speichern. Diese Einverständniserklärung können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen. Ihre Daten werden dann aus unserer Kundendatei gelöscht. Um ihre persönliche Gesundheitskarte zu erhalten, bringen, schicken oder faxen Sie uns das ausgefüllte Formular zurück.

Für Ihr Vertrauen bedanken wir uns.

Name, Vorname _____

Straße /
Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

Geb.-Datum _____ Kasse _____ befreit _____ bis _____

Chron.
Erkrankungen _____

Dauermedikation _____

Besonderes (Sport, Reisen, etc.) _____

Ich bin Privatpatient(in) und möchte bargeldlos einkaufen gegen Rechnung _____

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten bin ich einverstanden

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

