

Datenschutzerklärung des Patienten

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beauftrage ich die Fußorthopädie & Schuh Service GmbH, meinen Antrag auf orthopädische Einlagen und/oder Sicherheitsschuhe bei meinem Versicherungsträger einzureichen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten durch die Firma Fußorthopädie & Schuh Service GmbH an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden.

Mit einer zusätzlichen Verwendung meiner Daten darüber hinaus erkläre ich mich nicht einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift