

Einverständniserklärung

Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Melloh / Dr. Soecknick, mich an fällige Früherkennungs-/Vorsorgeuntersuchungen zu erinnern.

Ich weiß, dass aus diesem freiwilligen Praxisservice kein Anspruch auf Erinnerung entsteht. Ich kann mein Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Meine Daten werden ausschließlich zu o.g. Zwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Ich möchte erinnert werden (bitte ankreuzen)

- per Post an obige Adresse
- per E-Mail an folgende Adresse: _____

Lübeck,

Unterschrift



Einverständniserklärung

Hiermit erlaube ich der Praxis Dr. Melloh / Dr. Soecknick, mich an fällige Früherkennungs-/Vorsorgeuntersuchungen zu erinnern.

Ich weiß, dass aus diesem freiwilligen Praxisservice kein Anspruch auf Erinnerung entsteht. Ich kann mein Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Meine Daten werden ausschließlich zu o.g. Zwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Ich möchte erinnert werden (bitte ankreuzen)

- per Post an obige Adresse
- per E-Mail an folgende Adresse: _____

Lübeck,

Unterschrift

