

Datenschutzerklärung des Patienten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beauftrage ich die Firma Fußfit Petry 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 Fußfit Petry GmbH an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden.

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

Mit freundlichen Grüßen

(Datum und Unterschrift)