

Datenschutzerklärung des Patienten

Name/Vorname : _____

Geb.-Datum : _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beauftrage ich die Firma OBER Orthopädie Schuh & Technik, meinen Antrag auf orthopädische Einlagen, Sicherheitsschuhe, Maßschuhe bei meinem Versicherungsträger einzureichen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten durch die Firma OBER 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)