

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**  
**zur elektronischen Übermittlung via E-Mail**

Ich,

Familienname: .....

Vorname: .....

Geb.am: ..... Sozialvers.Nr: .....

Wohnhaft in: .....

E-Mail-Adresse: .....

Tel-Nummer:.....

bin damit einverstanden, dass ich meine Laborbefunde betreffend ZHB Labor GmbH, Hopfengasse 3, 4020 Linz, bis auf (jederzeit möglichen) Widerruf, elektronisch an die angegebene E-Mail-Adresse erhalte.

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen werden.

Linz, am .....

.....

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)