

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.

.....,

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)