



www.diabetes-lilienthal.de

Einverständniserklärung für E-Mail-Kontakt

Vorname, Name _____

Geboren am _____

Wohnhaft in _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

E-Mail _____

Hiermit gebe ich meine Einwilligung zur Übermittlung von E-Mails (inkl. z.B. von Befunden) durch das Diabeteszentrum Lilienthal an mich.

Mir ist bekannt, dass der Versand von personenbezogenen Daten per E-Mail nicht in jedem Fall den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entspricht und daher u.U. auch fremde Personen davon Kenntnis erlangen könnten.

Dennoch stimme ich dem Versand der Daten per E-Mail an mich zu.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift