

Ihr Absender:

Name, Vorname

Strasse, Hausnr.

PLZ, Ort

Email Adresse/Telefax

Praxis Ockstadt
Dr. W. Pilz / Dr. V. Okhrimenko
T. Okhrimenko (Ang. Ärztin)

Marienstr. 17
61169 Friedberg/Ockstadt

Betreff: Zustimmung zu Email und Fax

An das Team der Praxis Ockstadt,

hiermit erkläre ich mich einverstanden mit der Kommunikation mit dieser Praxis per Email und per Telefax.

Ebenfalls bin ich einverstanden, dass mit diesen Medien mit anderen Ärzten und Apotheken sowie anderen Stellen des Gesundheitswesens bei entsprechender Notwendigkeit kommuniziert werden kann.

Zum Zwecke der Beantwortung von Emails bzw. Telefax werden Ihre Kontaktdaten bei uns gespeichert.

Mir ist bekannt, dass für die Nutzung von Emails über die Internetseite der Praxis www.praxis-ockstadt.de keine End-zu-End-Verschlüsselung von Emails durchgeführt wird. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift

Praxis Ockstadt 61169 Marienstr. 17 Friedberg-Ockstadt
Telefon 06031-6936-0, Telefax 06031-693626, Internet www.praxis-ockstadt.de Email an unser Team: team@praxis-ockstadt.de

