

Datenschutzerklärung des Patienten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Rentenversicherungs-Nr.: _____

Hiermit beauftrage ich die Firma Müller Orthopädieschuhtechnik meinen Antrag auf orth. Einlagen und / oder Sicherheitsschuhe bei meinem Versicherungsträger einzureichen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten durch die Firma Müller Orthopädieschuhtechnik an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden.

Im Falle einer Kostenerstattung bitten wir diese auch in Kopie an die Firma Müller Orthopädieschuhtechnik Untere Vorstadt 22-24 78532 Tuttlingen zuzustellen.

Den Genehmigungsbetrag trete ich an die Firma Müller Orthopädieschuhtechnik zur Zahlung ab.

Datum, Unterschrift