

Vollmacht



Versorgungseinrichtung
Bezirksärztekammer Koblenz

Bubenheimer Bann 12, 56070 Koblenz

Telefax: (0261) 947 637 – 99

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bezirksärztekammer Koblenz
- Versorgungseinrichtung -
Bubenheimer Bann 12
56070 Koblenz

Einverständniserklärung zum Schriftverkehr per E-Mail

Hiermit bitte ich die Versorgungseinrichtung, jeglichen an mich adressierten Schriftverkehr an meine

E-Mail-Adresse _____ zu senden.

Mir ist bewusst, dass die Kommunikation über das Internet datenschutzrechtliche Risiken birgt und akzeptiere die unsichere Übertragung meiner personenbezogenen Daten durch die Versorgungseinrichtung.

Ort

Datum

Unterschrift