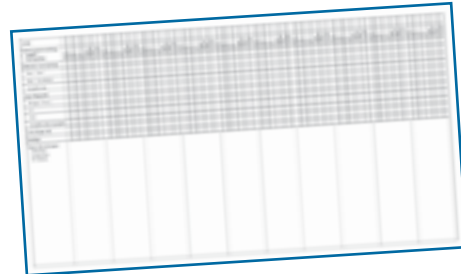


Bestellformular Faxnummer 07321 94691-30



Nachsorgepass Dermatologie



JA, hiermit bestelle ich verbindlich:

_____ Paket(e) à 50 Stück Nachsorgepässe
für die Patienten meiner dermatologischen Praxis
zum Preis von 35,00 EUR pro Paket (inkl. 19 % MwSt.)
inklusive Porto und Verpackung

Mir ist bekannt und ich willige ausdrücklich ein, dass die DermaMed e.G. meine oben stehenden Daten verarbeitet, Art. 4 DSGVO, und zum Zwecke der Anbahnung eines Vertragsverhältnisses an das genannte Unternehmen weiterleitet. Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die DermaMed e.G. meine Daten zur Information per E-Mail oder für Newsletter bzw. sonstige fachbezogene Werbung nutzt, Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Meine Rechte als Betroffene/r sind mir bekannt.

Weitere Hinweise zum Datenschutz und die Datenschutzerklärung der DermaMed e.G. finde ich auf der Homepage unter <https://www.bvdd.de/service/dermamedeg.html>.

Rechnungs- und Lieferadresse:

Titel, Vorname, Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

DermaMed 

Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim
Tel.: 07321 - 94 691-13
E-Mail: info@dermamedeg.de

BVDD 