Per E-Mail senden | Formular drucken

Name, Vorname

Straße und Haus-Nr.

PLZ | Ort

CVUA-MEL
Postfach 19 80
48147 Münster

Zustimmung zum Dokumentenversand per E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte ab sofort um Zusendung der Befundberichte per

☐ E-Mail an:

☐ Post (an o. g. Adresse).

Ich bitte ab sofort um Zusendung der Rechnungen per

☐ E-Mail an:

☐ Post (an o. g. Adresse).

Ich wurde darüber informiert, dass die Übermittlung der Dokumente nicht über einen gesicherten Übertragungsweg an mich erfolgen kann. Somit besteht theoretisch die Möglichkeit, dass Dokumente durch Dritte eingesehen werden können (z. B. durch Phishing).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Der Widerspruch der Einwilligung ist schriftlich an die Postadresse des CVUA-MEL oder per E-Mail an diagnostik@cvua-mel.de zu senden.

Datum | Unterschrift