

Anmeldebogen

Tierarztpraxis Dr. Henning Lindemann

BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Besitzer

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. Priv.: _____

Handy: _____

Patient

Tiername: _____

Rasse: _____

Geb.Datum: _____

Farbe: _____

Täto.Nr./Chip-Nr.: _____

Geschlecht: männlich

weiblich

kastriert

nicht kastriert

Sonstiges

Zahlungsart

Ich zahle bar

ich zahle mit EC-Karte

Unterschrift: _____

Einverständnis mit der Speicherung und Verwendung der erhobenen Daten

Ich habe den 2-seitigen Hinweis zur Datenverarbeitung in der Tierarztpraxis Dr. Henning Lindemann erhalten und von den darin enthaltenen Rechten als Betroffener Kenntnis genommen. Ich wurde mit diesem Schreiben darüber informiert, dass meine Daten grundsätzlich nur zu den darin genannten Zwecken verwendet werden und nur für einen bestimmten Zeitraum gespeichert werden **und erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden.**

Hiervon abweichend bin ich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten

zur Versendung von Schreiben der Praxis an mich verwendet werden dürfen.

auch über den Abschluss des Behandlungsvertrages und den Ablauf der Aufbewahrungsfristen hinaus gespeichert und sowohl für Rundschreiben(z.B. Impferinnerungen) als auch für andere Fälle der Kontaktaufnahme verwendet werden.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Salzgitter, den _____

Unterschrift