

Trpimir Todoric
Zahnarzt
Wohnsiger Weg 13
96260 Weismain

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Frau/Herr _____
stimmt der Speicherung ihrer/seiner personenbezogenen Daten durch
die Praxis zu.

Sie/Er wird darauf hingewiesen, dass sie/er diese Zustimmung jederzeit
schriftlich an die Praxis widerrufen kann. (Art. 7, Abs. 3 DSGVO)

Datum, Unterschrift