

Widerruf

für die Datenschutz-Erklärung zur optimierten und verbesserten Patientenversorgung im Rahmen der integrierten Versorgung
Münchner Ärzte – Praxisnetz West und Umgebung e.V.

Praxisname:

Straße, Ort:

Hiermit widerrufe ich, die in oben aufgeführter Praxis erteilte Datenschutzerklärung zur optimierten und verbesserten Patientenversorgung im Rahmen der integrierten Versorgung
Münchner Ärzte – Praxisnetz West und Umgebung e.V.

Widerruf Datenschutz-Erklärung

Vorname/Name:

Geburtsdatum:

Ort, Datum:

Unterschrift: