

## 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:** .....