

Möchten Sie weiterhin unsere attraktiven Angebote erhalten?

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung benötigen wir das Einverständnis Ihrerseits, Informationen zu folgenden Themen zu erhalten:

- **exklusive Rabattaktionen und Veranstaltungen**
- **aktuelle Top-Angebote**
- **Produkt- und Branchenneuheiten**

Auf welchem Weg möchten Sie von uns kontaktiert werden?



Per Telefon

Ja Nein

Bitte Telefon-Nr. angeben



Per Fax

Ja Nein

Bitte Fax-Nr. angeben



Per Mail

Ja Nein

Bitte E-Mail-Adresse angeben



Per Post

Ja Nein

Praxisstempel

| | | | |
Tragen Sie bitte Ihre **Kundennummer** ein

Datum / Unterschrift

Durch Angabe meiner Daten erkläre ich mich damit einverstanden, regelmäßig exklusive Angebote und Services sowie Informationen, Veranstaltungshinweise und Neuheiten zu erhalten. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber MediQuick GmbH widerrufen.