

Einwilligungserklärung in die Weiterleitung personenbezogener Daten zum Zweck der Erstkontaktaufnahme an eine Schulungseinrichtung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten **zum Zweck der Erstkontaktaufnahme zu Schulungszwecken** an eine zertifizierte CoaguChek® Schulungseinrichtung weitergeleitet werden dürfen und willige ein, dass mich die Schulungseinrichtung über folgenden Kanal* kontaktieren darf:

Persönlich (direkt am Bett)

Herr Frau

Vorname, Name:

Klinik, Etage, Zimmernr.:

Postweg

Herr Frau

Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ und Ort:

E-Mail:

Telefonisch:

Datum*

Unterschrift*

* Pflichtangaben