

# Gratis Erinnerungsservice



Ich möchte das Gratis Erinnerungsservice meiner Augenärztin für viertel-/halbjährliche Kontrolluntersuchungen in Anspruch nehmen und ermächtige die augenärztliche Ordination Dr. Gruber zu diesem Zweck zur Speicherung folgender Daten:

## **Name, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse**

Sollte ich das Gratis Erinnerungsservice nicht mehr in Anspruch nehmen wollen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

.....  
Vorname

.....  
Nachname

.....  
Geburtsdatum

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Datum

.....  
Unterschrift