

**Kontaktvermittlung durch den VDLS an die AS AG**

Name der Praxis:	_____
Name MA:	_____
Straße:	_____
Postleitzahl:	_____
Ort:	_____
Telefon/Handy:	_____
E-Mail:	_____
Website:	_____

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie einer Kontaktaufnahme durch die AS AG ein. Weitere Informationen über die Speicherung, Sperrung, Verarbeitung und Löschung Ihrer Daten bzw. zum Widerruf Ihrer Einwilligung bei der AS AG erhalten Sie auf Anfrage.

**Bitte nach dem Ausfüllen per Mail, per Fax oder per Post an die AS Abrechnungsstelle AG senden.**  
(per Mail an [f.siemering@as-bremen.de](mailto:f.siemering@as-bremen.de), per Fax an die 0421 30383-9140, per Post an Am Wall 96-98, 28195 Bremen)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)