

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, oder per Post an die AS Abrechnungsstelle AG senden.**
(per Mail an vertrieb@as-bremen.de, per Post an, Am Wall 96-98, 28195 Bremen)

(Unterschrift)