

CGM Antragsformular

Name, Vorname	Kundennummer
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail Adresse
Wichtig für die Kontaktaufnahme zur Terminabstimmung der technischen Einweisung	

Mit meiner Unterschrift willige ich zum Zweck der Kontaktaufnahme der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Mediq Direkt Diabetes GmbH ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen. Es genügt eine kurze Mitteilung an den Mediq Kundenservice. Bitte beachten Sie auch unsere Datenschutzhinweise unter www.mediqdirekt.de.

Datum, Unterschrift

Einwilligung in schriftlichen sowie telefonischen oder E-Mail Kontakt

Ja, ich möchte den kostenlosen Mediq Direkt Info-Service nutzen und regelmäßig über neue Entwicklungen, interessante Produkte für den Diabetes-Alltag sowie Dienstleistungen von Mediq informiert werden. Zu diesem Zweck bin ich mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch die Mediq Direkt Diabetes GmbH einverstanden. Desweiteren bin ich einverstanden, dass mich Mediq Direkt dazu ggf.

auch telefonisch, meine Rufnummer lautet:

	14T
--	-----

oder per E-Mail, meine E-Mail Adresse lautet:

	14E
--	-----

kontaktiert. Diese Anforderung kann ich jederzeit ohne Nachteile widerrufen. Es genügt eine kurze Mitteilung an die Adresse: Mediq Direkt Diabetes GmbH, Kundenservice, Havelstraße 27, 24539 Neumünster oder telefonisch unter 0800 - 342 73 25.

Datum, Unterschrift	14
---------------------	----