SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede, [patientens navn], [patientens adresse], meddeler

hermed

[klinikkens navn], CVR.nr. [CVR‐nr], samtykke til at behandle mine personoplysninger i form af navn, hjemmeadresse, telefonnummer og e‐mailadresse samt [andet] til brug for

□ Nyhedsbreve/markedsføring

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg kan tilbagekalde mit samtykke ved at kontakte [klinikkens navn] på [adresse] eller [e‐mail adresse], hvorefter [klinikken] vil ophøre med at behandle mine oplysninger til det nævnte formål.

Dato:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift