

Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme

Wir freuen uns über Ihr Interesse zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung von Patient:innen mit Osteoporose. Bitte ergänzen Sie die untenstehenden Angaben und senden die ausgefüllte Erklärung an **versorgungsmangement@meinebfs.de**. Wir werden uns im Anschluss zeitnah melden.

(Titel), Nachname, Vorname: _____

Name Praxis: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine von mir angegebenen personenbezogenen Daten von der BFS health finance GmbH, Hülshof 24, 44369 Dortmund zum Zwecke der Kontaktaufnahme entsprechend den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Die Datenschutzrichtlinie kann ich jederzeit unter <https://meinebfs.de/datenschutz/> einsehen.

Ort, Datum

Unterschrift