

**Allgemein &  
Innere Medizin im CIM  
Rübenacher Str. 32  
56072 Koblenz**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
vollständige Anschrift

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse in Druckbuchstaben

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, unverschlüsselt an die o.g. E-Mail Adresse geschickt werden.

Die Information zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1) habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift