



SORSZÁM:

ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT – ORVOSOK RÉSZÉRE

Alulírott:

Név:

Postacím:

Telefonszám:

E-mail:

Orvosi pecsétszám:

ezúton hozzájárulok, hogy az E-Telehealth Solutions Hungary Zrt. a www.telenetdoctor.com weboldalon a regisztráció során általam önkéntes alapon rendelkezésre bocsátott személyes adataimat az azonosítás és kapcsolattartás céljából, jelen nyilatkozat aláírásának napjától visszavonásig, az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben (a továbbiakban: Infotv.) írtaknak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

Helyszín, dátum:

.....
név, aláírás, pecsét

A kitöltött nyilatkozatokat az info@telenetdoctor.com címre kérjük visszaküldeni!