# KUNDEN-AUFNAHME

**BITTE DEUTLICH IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

Nachname | Vorname | Geburtstag (z.B. 13.04.1975)

Straße und Hausnummer | PLZ | Stadt

Cofi Medical versichert Ihnen den ordnungsgemäßen Umgang Ihrer Daten gem. DSGVO. Unsere Datenschutzvereinbarung liegen hier zur Einsichtnahme aus oder sind über www.testzentrum-norderstedt.de abrufbar. Für den Kontakt zu Ihnen im Falle eines positiven Befundes, sowie den Versand des Befundes benötigen wir folgende Kontaktmöglichkeiten.

Ich wünsche den elektronischen Versand des Befundes per Email zur Vorlage bei Dritten? ☐ Ja, an folgende Email Adresse

EMail Adresse

Ich bin telefonisch zu erreichen unter:

Telefon

Datum | Unterschrift

Cofi Medical | Testzentrum Norderstedt |
Achternfelde 10 | 22850 Norderstedt
Tel. 040 / 61199170
www.testzentrum-norderstedt.de