



Einwilligungserklärung

Hiermit beantrage ich die Einrichtung meines persönlichen CGM UFE KEY Zugangs der CompuGroup Medical Deutschland AG.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt der in der Anschrift genannten Arztpraxis, folgende persönlichen Daten an die CompuGroup Medical Deutschland AG oder von dieser zur Durchführung des Antrages beauftragter Dritter (Erfüllungsgehilfen) weitergibt. Die Daten werden zur Bearbeitung des Antrages im zentralen EDV-System der CompuGroup Medical Deutschland AG oder deren Erfüllungsgehilfen gespeichert.

Meine persönlichen Daten:

Anrede: Frau Herr

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Anschließend erhalte ich von meinem behandelnden Arzt einen Ausdruck mit meinen persönlichen Zugangsdaten zu meinem CGM LIFE KEY Zugang.

Gleichzeitig mit diesem Ausdruck wird eine Bestätigung an meine E-Mail-Adresse gesendet. Diese E-Mail-Adresse, mit einem von mir später zu vergebenden Passwort, ist mein CGM LIFE KEY.

Erst nach Erhalt der oben genannten E-Mail und der nachfolgenden Registrierung erfolgt mein verbindlicher Auftrag zur Eröffnung meines persönlichen CGM LIFE KEY Zugangs!

Ort, Datum

Unterschrift