MediQuick
Ihr kompetenter Partner

Möchten Sie weiterhin unsere attraktiven Angebote erhalten?

Liebe Kundin, lieber Kunde, liebes Praxis-Team, im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung benötigen wir das Einverständnis Ihrerseits, Informationen zu folgenden Themen zu erhalten:

- exklusiven Rabattaktionen und Veranstaltungen
- aktuellen Top-Angeboten
- Produkt- und Branchenneuheiten

Auf welchem Weg möchten Sie von uns kontaktiert werden?

Per Post ☐ Ja ☐ Nein

Per Telefon ☐ Ja ☐ Nein

Bitte Telefon-Nr. angeben

Per Fax ☐ Ja ☐ Nein

Per E-Mail ☐ Ja ☐ Nein

Bitte Fax-Nr. angeben

Bitte E-Mail-Adresse angeben

Praxisstempel

Tragen Sie hier bitte Ihre **Kundennummer** ein:

Datum/Unterschrift: ✗

Durch Angabe meiner Daten erkläre ich mich damit einverstanden, regelmäßig exklusive Angebote und Services sowie Informationen, Veranstaltungshinweise und Neuheiten zu erhalten. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber MediQuick GmbH widerrufen.

Rückantwort senden an: Fax 08 00 / 633 43 29 · info@mediquick.de