

Einverständniserklärung

Zwischen

Name: Praxis DreiKlang Florian Krug

Adresse: Siedlungsweg 48, 32609 Hüllhorst

Telefon: 015144530946

E-Mail-Adresse: praxis-dreiklang@live.de

-und nachfolgend Kunde-

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

1. Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet werden.

2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, meine Einwilligung schriftlich zu widerrufen.

3. Termine, die seitens des Kunden nicht 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, wird die Praxis DreiKlang Florian Krug diesen Termin mit einer Aufwandsentschädigung in Höhe von 50,-- Euro in Rechnung stellen.

4. Im Krankheitsfall, bei wiederholtem Male steht es der Praxis DreiKlang Florian Krug frei zu entscheiden, ob der Termin kostenfrei storniert werden kann.

5. Bei einer Verspätung zum vereinbarten Termin, wird die Behandlungszeit dementsprechend angepasst!

6. Der Widerruf kann an die oben genannten Kontaktdaten gesendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie mir die Einverständniserklärung per Mail an seine E-Mailadresse zu

Ja

Nein