

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Durchwahl

Datum

Telefon 0355 46-2445
Telefax 0355 46-2552
Email SPZ@ctk.de

Einverständniserklärung

Hiermit bin ich / sind wir damit einverstanden, dass im Rahmen der Vorbereitung der orthopädischen Sprechstunde im SPZ Cottbus der Namen, das Geburtsdatum sowie der Vorstellungstermin meines Kindes

an das Sanitätshaus:

übermittelt werden darf.

Cottbus, _____

Unterschrift