

Ich wurde über folgende MED-EL Hörimplantatlösungen beraten und interessiere mich für:

Linkes Ohr

☐

Cochlea Implantat

☐

Knochenleitungs- oder Mittelohrimplantat

☐

Aktuell trage ich Hörgeräte

Hörgerätehersteller

Hörgerätealter

Rechtes Ohr

☐
☐
☐

Persönliche Daten der betroffenen Person:

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Betreuende Person

Titel

PLZ

Vorname*

Ort

Nachname*

E-Mail

Geburtsdatum*

Telefon

Straße, Nr.

Mobil

Ich wünsche weitere Informationen über oben genannte Hörimplantatlösungen mittels:

☐ Infopaket per Post ☐ Infopaket per E-Mail ☐ Telefonischer Beratung

☐ Ich wünsche Kontakt zu Hörimplantat-Nutzer*innen und MED-EL Hörpaten.

*(Für den Erstkontakt ist Ihre E-Mailadresse erforderlich)**

☐ Ich wünsche Kontakt zu folgender Klinik:

☐ **Ich möchte regelmäßig per E-Mail Informationen zu Produkten, Dienstleistungen und Neuigkeiten von MED-EL erhalten. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.**

Datenschutzhinweise

Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist die MED-EL Elektromedizinische Geräte GmbH Deutschland, Moosstraße 7, 82319 Starnberg; Tel.: +49 8151 7703 0; Fax: +49 8151 7703 23; office@medel.de

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zu den oben beschriebenen Zwecken (Rechtsgrundlage: Erfüllung eines Vertrages - Art. 6 (1) b DSGVO, Einwilligung Art. 6 (1) a DSGVO). Ihre personenbezogenen Daten können, soweit dies für die genannten Zwecke erforderlich ist, an die von Ihnen oben benannten Kliniken weitergegeben werden. Weitere Informationen darüber, wie wir Ihre Daten verarbeiten finden Sie auf unserer Webseite unter <https://www.medel.com/de/privacy-policy>.

Kundenunterschrift*

Name und Anschrift der beratenden Filiale*

Bitte versenden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Dokument an **partner@medel.de**. Pflichtangaben *