

Kontaktformular bzgl. Datenschutz

Bitte teilen Sie uns mit, welches Datenschutzrecht Sie ausüben möchten.
Wählen Sie bitte die Art der Anfrage aus und markieren Sie diese mit einem Kreuz.

Anfragetyp auswählen

- Auskunft Löschung Widerspruch

Ergänzende Angaben

Bitte erläutern Sie kurz Ihre Anfrage.

Ihre Kontaktinformationen	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
E-Mail Adresse	
Telefon	
Strasse & Hausnummer	
PLZ & Ort	
Land	
Bereitstellung Ihres Identitätsnachweis	Bitte erstellen Sie eine gut lesbare Kopie Ihres gültigen Identitätsnachweises. Diesen müssen Sie Ihrer Anfrage zwingend zur Authentisierung beilegen.



Bitte erläutern Sie kurz ihre Anfrage.

Kontakt zu OCP Quirino	
In welcher Art standen Sie in Kontakt mit der Praxis OCP Quirino?	

.....
Ort, Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift

Drucken Sie dieses Formular aus, füllen sie alle angefragten Informationen aus und unterschreiben Sie dieses Formular. Dann senden Sie dieses Formular inkl. der Kopie Ihres Identitätsnachweises per **Post an**

Osteopathic Medicine Medical Center OCP Quirino
Antonio Quirino
Grütstrasse 55

8802 Kilchberg