

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
- 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 und Neuheiten zu erhalten. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber PxD Praxis-Discount GmbH widerrufen.