

Ondertekening

Hierbij verklaar ik dat ik de Privacyverklaring MDS Medical versie **260218** heb ontvangen en gelezen.

Deze verklaring heeft uitsluitend betrekking op de ontvangst en kennisneming van de privacyverklaring. De verwerking van uw (medische) persoonsgegevens door MDS Medical vindt plaats op basis van de in de privacyverklaring genoemde wettelijke grondslagen en is niet afhankelijk van deze handtekening.

Voornaam/Voornamen

Achternaam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Geboortedatum

Tekendatum

Handtekening

Gelieve dit document (digitaal) ingevuld retour te sturen:

Per e-mail: info@mdsmedical.nl

Per post: [Antwoordnummer 46](#)
[9750 VX Haren](#)

(Versturen naar een antwoordnummer is voor u kosteloos.)

*(De voorgaande 4 pagina's van dit privacy statement kunt u bewaren voor eigen administratie. Deze hoeft u **niet** mee te sturen)*