

INTREKKING AKKOORDVERKLARING PERSOONSgegevens

Patiënt:.....

Geb. datum:

Hierbij wil ik dat mijn persoonsgegevens worden verwijderd uit de administratie vanwege:

Andere zorgverlener

Verhuizing

Andere reden

Handtekening:

.....

U kunt dit formulier opsturen naar

Nederlandse Kliniek voor Orale Implantologie
Antwoordnummer 280
2160 VB Lisse