

i.v.m het voldoen aan de AVG en de wet WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) wordt dit formulier u aangereikt ter ondertekening, waarna deze zal worden ingescand en opgeslagen in een speciale beveiligde map op mijn computer.

* ik , ondergetekende, ga akkoord met de beschreven voorwaarden van de praktijk voor Acupunctuur Buqi Nollen . **Een exemplaar hiervan heb ik kunnen inzien en lezen.**

* ik, ondergetekende, heb de privacy verklaring van de praktijk in kunnen zien, dan wel gelezen op de website van bovengenoemde praktijk.

* ik, ondergetekende, ga akkoord met de behandelovereenkomst tussen ondergetekende en de praktijk Acupunctuur Buqi Nollen . Deze overeenkomst is overeenkomstig met die van de Nederlandse Vereniging voor acupunctuur.

* u geeft mij toestemming om uw gegevens vast te leggen en te verwerken nodig voor de bedrijfsvoering en behandeling bij Acupunctuur Buqi Nollen. Dat overeenkomstig de normen van de NVA en WGKB, AVG.

Naam cliënt

Adres:

Postcode

Plaats

Geboortedatum

E-mail

Telefoon of mobiel

Wettelijke vertegenwoordiger 1. Email..... Mobiel.....

Wettelijke vertegenwoordiger 2. Email..... Mobiel.....

Handtekening cliënt

Handtekening vertegenwoordiger 1.

Handtekening vertegenwoordiger 2.

Datum te