

Straumann® CARES® Prothetik


Formular Kostenvoranschlag für Versicherungsfall (XML Files)

ANTRAGSSTELLER	
Praxis*:	
GLN / EAN Nummer:	

PATIENT ¹			
Name*:			
Vorname*:			
Strasse:			
PLZ:		Ort:	
Geburtsdatum:		Geschlecht*:	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M
Unfalldatum:		Unfall-Nr.:	
AHV-Nr.:		Gesetz (z.B. UVG)*:	

GEWÜNSCHTER LABORAUFTRAG FÜR KOSTENVORASCHLAG*:

*Pflichtfelder

 Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:
service.ch@etkon-dental.com

¹Für die Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten an uns, liegt eine Einwilligung des Patienten vor.

Datenschutzhinweis: Ohne Ihre weitgehendende Einwilligung verwenden das Institut Straumann AG Verkauf Schweiz, Basel (CH), das Institut Straumann AG International Headquarters, Basel (CH) und deren Dienstleister Ihre Angaben für Zwecke der Abwicklung Ihrer Anfragen, Anmeldungen, Bestellungen, für Kundenanalysen, Gewinnspiele und schriftliche Werbung per Post. Unsere Geschäftskunden werden auch telefonisch über unsere Produkte, Dienstleistungen sowie über Kundenzufriedenheitsbefragungen und Veranstaltungen aus dem Bereich der Dentalmedizin informiert.

Wenn Sie der Verarbeitung Ihrer Daten für Werbe- oder Marktforschungszwecke widersprechen oder eine erteilte Einwilligung widerrufen möchten, genügt jederzeit eine Nachricht an unseren Datenschutzbeauftragten per E-Mail an privacy.ch@straumann.com oder per Post an Institut Straumann AG, Datenschutzbeauftragter, Peter Merian-Weg 12, 4002 Basel. Dies gilt ebenso, wenn Sie aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen wollen.