

Solutions prothétiques **Straumann® CARES®**

Formulaire de devis pour cas d'assurance (fichier XML)

DEMANDEUR

Cabinet* :

GLN / EAN numéro :

PATIENT¹

Nom* :

Prénom* :

Rue :

Code postal :

Ville :

Date de naissance :

Sexe* :

 F H

Date de l'accident :

Numéro d'accident :

AVS-No. :

Loi (p. ex. LAA)* :

LABORATOIRE SOUHAITÉ POUR LE DEVIS* :

* Champs obligatoires

Merci de nous renvoyer le formulaire rempli à :
service.ch@etkon-dental.com¹Dans le cas où vous transmettez des données de patients, vous en détenez l'autorisation de la part des patients

Avis relatif à la protection des données : sans votre accord supplémentaire, l'Institut Straumann AG Ventes Suisse, Bâle (CH), l'Institut Straumann AG International Headquarters, Bâle (CH) et leurs prestataires exploitent vos données afin de répondre à vos demandes, inscriptions, commandes, ainsi que pour des analyses de la clientèle, des jeux concours et la publicité écrite par la Poste. Nos clients commerciaux sont également informés par téléphone sur nos produits et services, ainsi que nos enquêtes de satisfaction et événements dans le domaine de la médecine dentaire.

Si vous vous opposez au traitement de vos données à des fins publicitaires ou d'études de marché, ou souhaitez retirer un consentement donné, il suffit de l'indiquer à tout moment à notre responsable de la protection des données par e-mail à l'adresse privacy.ch@straumann.com ou par courrier postal à l'Institut Straumann AG, Responsable de la protection des données, Peter Merian-Weg 12, 4002 Bâle. Il en va de même si vous souhaitez vous opposer au traitement de vos données pour des motifs découlant de votre situation particulière