

## **Coupon für Ihre VIP-Gesundheitscard!**

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Kundennummer .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Telefon .....

Befreiungsausweis gültig bis .....

- Ja, ich möchte in den Besitz einer VIP-Gesundheitscard gelangen und bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten entsprechend dem §3 des Bundesdatenschutzgesetzes zu diesem Zwecke gespeichert werden. Die Einverständniserklärung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden entsprechend den Datenschutzbestimmungen vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

.....  
Datum, Unterschrift