

Zurücksenden an:

.....
.....
.....

Per Fax an Nr.:

Per Email an:

Übermittlung der Gesundheitsdaten per Fax

Name:

Anschrift:

Fax-Nr.:

Hiermit bestätige ich, dass

- das o.a. Faxgerät vor unbefugtem Zugang und Gebrauch geschützt sind,
- eine allfällige Änderung der Faxnummer umgehend bekannt gegeben wird,
- automatische Weiterleitungen deaktiviert sind,
- alle vom Faxgerät unterstützten Sicherheitsmechanismen genutzt werden und
- allenfalls verfügbare Fernwartungsfunktionen nur für die vereinbarte Dauer der Fernwartung aktiviert sind.

....., am

.....

Stempel und Unterschrift