

CompuGroup Medical Deutschland AG
Geschäftsbereich MEDISTAR · Karl-Wiechert-Allee 64 · 30625 Hannover

**Rückantwort an die CompuGroup Medical Deutschland AG,
Geschäftsbereich MEDISTAR**

Bitte senden Sie uns die gegengezeichnete und vollständige Auftragsverarbeitungs-Vereinbarung und dieses Rückantwortschreiben per E-Mail an avvtherafox.medistar.de@cgm.com oder per Fax an **0261 54009984** zurück.

Ihre Kundennummer:

Liebes MEDISTAR-Team,

hiermit senden wir Ihnen die neunseitige Auftragsverarbeitungs-Vereinbarung unterschrieben zurück und stimmen mit unserer Unterschrift auf diesem Rückantwortschreiben der Vertragsänderung hinsichtlich der Leistungsdurchführung des ifap praxisCENTER® (Ersetzung von i:fox durch THERAFOX PRO) zu. Die Funktionsbeschreibung aus der Gebrauchsanweisung und die Datenschutzerklärung für THERAFOX PRO konnte ich abrufen/habe ich erhalten.

E-Mail-Adresse (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN):

Auflistung aller BSNR und NBSNR:

Bitte auf der Rückseite weiterschreiben, wenn der Platz nicht ausreicht.

ich habe keine BSNR

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Vorname/Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Faxnummer:

Datum/Unterschrift:

Praxisstempel