



## Aufnahme in den „Newsletter-Service für Ärzte“ des Gesundheitsamtes

(bei Interesse bitte ausfüllen und an die Nummer 09602-79-6055 faxen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon (für Rückfragen): \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

privat       geschäftlich

Sichtung des E-Mail-Eingangs:

mehrmals wöchentlich       wöchentlich       seltener

Tätigkeitsfeld (Mehrfachnennung möglich):

- stationäre Versorgung:  
 ambulante Versorgung:  
 fachärztliche Versorgung. Disziplin: \_\_\_\_\_  
 hausärztliche Versorgung  
 nicht berufstätig

### **Erklärung:**

Ich bitte, in den E-Mail-Verteiler der Gesundheitsverwaltung des Landratsamtes Neustadt a.d. Waldnaab aufgenommen zu werden.

**Von der Datenschutzerklärung unter <https://www.neustadt.de/meta/datenschutzerklaerung/> habe ich Kenntnis genommen.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, ggf. Stempel der Dienststelle/Praxis