



---

---

## Datenblatt

Bitte füllen Sie folgende Felder aus, die ich zur Kommunikation und Abrechnung mit Ihnen verwende. Ihre Daten verbleiben alleinig bei mir und werden selbstverständlich nicht an Dritte weitergegeben.

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsträger: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Danke!

- Ich bin damit einverstanden, dass Maria Buchegger meine personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Geburtsdatum etc.) insoweit erhebt, erfasst und verwendet und diese Daten elektronisch speichert, als dies zur Abwicklung der Psychologischen Arbeit notwendig und zweckmäßig ist oder es sich aus gesetzlichen Verpflichtungen ergibt.
- Ich bin einverstanden, dass meine Email-Adresse von Freiraum Buchegger für die Zusendung von speziellen Angeboten (Newsletter) 1-2x jährlich verwendet wird.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift