



ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

Zahnärztekammer Berlin
Referat Praxisführung
Stallstraße 1
10585 Berlin

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Auftragsformular zusammen mit den Folienstreifen ausreichend frankiert an die Zahnärztekammer Berlin.

Auftrag zur Siegelnahtfestigkeitsprüfung

Hiermit beauftrage ich die Zahnärztekammer Berlin mit der Siegelnahtfestigkeitsprüfung anhand der eingesandten Folienstreifen zum Preis von **59,00 € bis max. 5 Foliengrößen, darüber zum Preis von 79,00 €**. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass Prüfprotokolle und die Rechnung an die unten angegebene E-Mail-Adresse gesendet werden.

Praxis-Stempel

Datum

Unterschrift Praxisinhaberin/Praxisinhaber

Praxis

Name der Praxis:	
Ort:	
Ansprechpartner:	
E-Mail:	
Kundennummer	

Technische Daten des Siegelgerätes

Typ/Bezeichnung des Siegelgerätes:	
Seriennummer laut Typenschild:	
Baujahr laut Typenschild:	
Temperatureinstellung °C:	
Siegelkraft (wenn angezeigt):	
Siegelzeit (wenn angezeigt):	

Angaben zu den Proben der Siegelfolien

Foliennummer Kennzeichnung	sterilisiert	Hersteller/Bezeichnung	Breite der Folie (mm)	Haltbarkeitsdatum/ LOT-Nr. der Folie
A1	nein			
A2	ja			
B1	nein			
B2	ja			
C1	nein			
C2	ja			
D1	nein			
D2	ja			
E1	nein			
E2	ja			
F1	nein			
F2	ja			

Recall – Erinnerung an die arbeitsjährliche Siegelnahtfestigkeitsprüfung

Ich bin bereit, an dem Recall-Service der Zahnärztekammer Berlin per E-Mail teilzunehmen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Zahnärztekammer Berlin zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Zahnärztekammer Berlin widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich wünsche nicht am Recall-Service teilzunehmen.

 Ort, Datum

 Unterschrift