

Knappschaft  
Fachzentrum für Hilfsmittel  
45095 Essen

## Datenübermittlung an einen Hilfsmittellieferanten zwecks Reparatur

### Einwilligung

Ich bitte darum, dass die KNAPPSCHAFT den von mir gewählten Vertragspartner zur Reparatur meines Hilfsmittels \_\_\_\_\_ beauftragt. In diesem Zusammenhang dürfen meine dafür erforderlichen Daten an diesen Vertragspartner weiterleitet werden.

### Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon (optional) \_\_\_\_\_

Anmerkung:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift