

Anmeldung zum „RECALL“-Service

Name:

Vorname:

Versicherungsnummer (4-stellig) + Geburtsdatum (tt.mm.jj):

**Ja, ich möchte Informationen über Terminänderungen/
Erinnerungen erhalten**

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

per Handy:

Telefonnummer:

per eMail:

eMail-Adresse:

Nein, ich möchte keine Information erhalten

- Wir ersuchen unsere Patienten bei eventuellen Terminverschiebungen um Verständnis.
- Wir bitten unsere Patienten bei Nichteinhaltung der Termine nach Möglichkeit um telefonische Absage bis 24 Stunden davor

Datum: Unterschrift:

Bitte geben Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben in einem der Zahnambulatorien der VAEB ab oder senden Sie es an:

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
z.H. OE Gesundheit und Prävention
Linke Wienzeile 48-52
1060 Wien