Samtyckesformulär

Advokater, revisorer och konsulter

Företagsnamn

KUNDUPPGIFTER

Fullständigt namn

Telefonnummer

E-post

JAG BEKRÄFTAR ATT

- ☐ Jag godkänner att mina uppgifter behandlas för att tillhandahålla de tjänster jag har begärt.
- ☐ Jag godkänner att bli kontaktad via telefon, e-post eller meddelande angående min förfrågan.
- ☐ Informationen jag har gett är korrekt och fullständig.
- ☐ Jag vet att jag kan begära att se, korrigera eller radera mina uppgifter när som helst.

Jag godkänner att företaget behåller informationen i detta formulär för att tillhandahålla tjänsten och så länge lagen kräver. Jag kan när som helst begära att få se, korrigera eller radera mina uppgifter.

Kundens signatur

Specialistens signatur

Datum

Mall från agendessa.com. En startpunkt, inte juridisk eller medicinsk rådgivning.