# Leihvertrag zur Ausübung der Videobehandlung

Hiermit erkläre ich:

_____

Name Vorname Geburtsdatum

_____

Straße Postleitzahl Wohnort

_____

E-Mail-Adresse Tel. Nr.

dass ich ein Leihgeräte zur Videobehandlung in Anspruch nehmen.

Geräte Nr.: _____

Telefon Nr: _____

Email: _____

Zubehör: _____

Leihgebühr: 20,00 €

Zeitraum: 5 Therapieeinheiten Datum von: bis:

Das Geräte ist durch die Nutzung der APP aerztekonsultation.de DSGVO genormt. Für etwaige Beschädigung oder Verlust hafte ich vollumfänglich. Das Gerät darf zu keinen anderen Zwecken als der Therapie genutzt werden. Das Benutzen des Geräte ist für sämtliche Zwecke außerhalb der Videotherapie untersagt. Das o.g. Gerät ist aus sicherheitstechnischen Gründen und aus Gründen der Datensicherheit fern gewartet. Mein Ansprechpartner ist Torsten Erler | Geschäftsführer Ambulant-Physio Ergo Logo GmbH Tel.: 0355 32 115.

Cottbus, den _____ Unterschrift _____