

Antrag auf Löschung des Zugangs in der App der CNS

Nachdem ich einem Dritten Zugang zu meinem persönlichen Konto gewährt habe, das von der App der CNS genutzt wird, erkläre Ich, der Unterzeichnete,

Identifikationsnummer

Name und Vorname(n)

dass ich die Aufhebung dieses Zugangs für folgende Person beantrage:

Identifikationsnummer

Name und Vorname(n)

Datum und Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular entweder elektronisch unterschrieben an: support-externe.cns@secu.lu oder handschriftlich unterschrieben an die: Caisse nationale de santé (CNS) L-2980 Luxemburg zurück.

Für die CNS reservierter Bereich

Zuständige Abteilung

Etikett

APP

Ankunftsstempel der CNS