



Schweigepflichtentbindung

Ich

geboren am

entbinde folgende Person/Institution/Praxis

Name

Adresse

hinsichtlich der Abfrage von Informationen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Karin und Walter Blüchert Gedächtnisstiftung, c/o ASG, Am Sandtorkai 76, 20457 Hamburg. Mir ist bekannt, dass ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Eine Kopie meines Personalausweises lege ich der Schweigepflichtentbindung bei.

Ort, Datum, Unterschrift