

Pleißental-Klinik GmbH
Ronneburger Straße 106
08412 Werdau



Abbildungszustimmung

Hiermit stimme/n ich/wir

Name, Vorname.....

Geb.Datum.....

Straße, Haus-Nr.....

PLZ Ort.....

der Abbildung meiner/unserer Person/en oder
meines/unseres Kindes.....

in gedruckter Form (Presse, Anzeige, Flyer, Broschüre o.a. Printmedien)

und/oder

elektronischer Form (Homepage, Facebook)

ZU.

Werdau,.....

.....
Unterschrift