

BTZ-VdK Rehawerk Straubing gGmbH  
Rennbahnstraße 44 / 46  
94315 Straubing  
☎ 09421 / 99 67 - 0

## Erklärung zur gegenseitigen Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name.....Vorname.....

Geb. ....

Anschrift: .....

sowohl

die Mitarbeiter der Deutsche Rentenversicherung

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

als auch die Mitarbeiter des BTZ-VdK Rehawerk Straubing gGmbH gegenseitig  
von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift