

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