

# Einverständniserklärung

Bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung gut leserlich in Blockschrift aus und senden Sie sie per Post oder per Fax an

DCCV e.V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Reinhardtstraße 18  
10117 Berlin

Fax: 030 2000392 87

---

Name, Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Telefon, ggf. auch Telefax, und E-Mail-Adresse

Bitte kreuzen Sie alle auf Sie zutreffenden Aussagen an:

## **PSC-Verteiler**

- Ich möchte gerne in den PSC-Verteiler aufgenommen werden und Informationen des Arbeitskreises PSC und der DCCV e.V. per Post erhalten.
- Ich bin damit einverstanden, Informationen des Arbeitskreises PSC und der DCCV e.V. über meine E-Mail-Adresse zu empfangen.
- Bitte streichen Sie meinen Namen und meine Kontaktdaten aus dem Verteiler für PSC-Betroffene.

## **Kontaktliste**

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Kontaktdaten in die Kontaktliste des Arbeitskreises PSC aufgenommen und anderen PSC-Betroffenen auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.
- Bitte streichen Sie meinen Namen und meine Kontaktdaten aus der PSC-Kontaktliste.

Anmerkung/Frage: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_