

# Veröffentlichung von persönlichen Daten

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Westfalen-Lippe aus Anlass meines 65., 70., 75., 80., 85., 90. und aller weiteren Geburtstage meinen Namen, Wohnort und Geburtsdatum in der Rubrik „Gratulation“ des Westfälischen Ärzteblatts abdruckt.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Westfalen-Lippe aus Anlass meines Todes meinen Namen, Wohnort, Geburts- und Sterbedatum in der Rubrik „Trauer“ des Westfälischen Ärzteblatts abdruckt.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe widerrufen.

Ärztekammer Westfalen-Lippe

Meldestelle

Postfach 4067

48022 Münster

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift