
(Absender)

Samtgemeinde Bardowick
Abteilung 51.2 - Sozialraum und Jugendhilfe
Schulstraße 12
21357 Bardowick

Ich entbinde die folgenden Ärzte/Institutionen von ihrer Schweigepflicht
gegenüber _____

von der Samtgemeinde Bardowick - Abteilung 51.2 :

(Ort, Datum)

(Unterschrift)