

Einwilligungserklärung

Vereinbarung

zwischen

SRH Hochschule für Gesundheit Gera
Neue Straße 28-30
07548 Gera

und

Vorname / Name

Adresse

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Fotoaufnahmen meiner Person ohne jegliche zeitliche, örtliche und inhaltliche Einschränkung für alle externen Kommunikationsmittel (Website, Facebook, Printmedien, etc.) der SRH Hochschule für Gesundheit Gera verwendet werden können.

Die erhobenen Daten dienen nur der rechtlichen Absicherung und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort/ Datum

Der/ Die Einverständniserklärende

Für die SRH Hochschule für Gesundheit