

## MELDER-ID

Hauptverantwortlicher der Melder-ID:

Name der Einrichtung:

Adresse der Einrichtung:

## VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich

Frau / Herrn:

Funktion:

Einrichtung:

Adresse:

E-Mail:

Telefonnummer:

einmalig

bis auf Widerruf

an meiner statt die Anfrage auf Datenlieferung gemäß § 13 LKRG,  
beim Krebsregister im Institut für digitale Gesundheitsdaten RLP zu stellen und die angeforderten  
Daten in Empfang zu nehmen.

Ort, Datum, Unterschrift

Hauptverantwortlicher der Melder-ID

Stempel Einrichtung

**Bitte senden Sie Ihr Formular an die Abteilung Datenauswertung und Reporting:  
reporting@krebsregister-rlp.de**