



Krebsregister
Rheinland-Pfalz

MELDER-ID



Hauptverantwortlicher:

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 Rheinland-Pfalz zu stellen und die angeforderten Daten in Empfang zu nehmen.

Ort, Datum, Unterschrift

Hauptverantwortlicher der Melder-ID

Stempel Institution