

**Absender:**

Ministerium für  
Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit  
Referat E 2  
Franz-Josef-Röder-Str. 23  
66119 Saarbrücken

**Einverständniserklärung**

Mit der Veröffentlichung meiner Daten (Vor- und Zuname, Anschrift, Telefon-Nr., Fax-Nr., E-Mail-Adresse) in der auf der Internetseite

- des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit eingestellten Liste der Gelbfieberimpfstellen des Saarlandes sowie
- des Centrums für Reisemedizin

bin ich einverstanden.

Meine Telefon-Nr. lautet: .....

Meine Fax-Nr. lautet: .....

Meine E-Mail-Adresse lautet: .....

bin ich **n i c h t** einverstanden.

Stempel:

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift