



BUNDESVERBAND  
Kinderhospiz e.V.

## Einverständniserklärung

### Fotografie

Ich/wir haben dem Bundesverband Kinderhospiz e.V. bzw. den Mitgliedern des Bundesverbandes Fotografien unseres Kindes

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(geboren am)

zur Verfügung gestellt.

Ich/wir sind als Erziehungsberechtigte/gesetzliche Vertreter ausdrücklich damit einverstanden, dass die zur Verfügung gestellten Fotografien im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesverbandes Kinderhospiz e.V. bzw. der Mitglieder des Bundesverbandes verwendet werden dürfen. Die Verwendung schließt die Weitergabe an Sponsoren und Partner ein.

**Jegliche Veröffentlichung/Weitergabe erfolgt anonym und ohne Personalien.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/en)

\_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
(Straße - Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl – Ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Email)