

## **Einverständniserklärung**

Ich, \_\_\_\_\_, erkläre mich mit der Benennung meiner Person als ordentliches Mitglied/stellvertretendes Mitglied im Beirat für Menschen mit Behinderung der Stadt Eckernförde einverstanden. Ich stimme der Nutzung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten im Rahmen des Besetzungsverfahrens zu.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift