

**Einverständniserklärung**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hiermit willige ich freiwillig und widerruflich in die Veröffentlichung (bitte Zutreffendes ankreuzen)

meines Titels, meines Namens und Vornamens, meiner Funktionsbezeichnung

meiner Fotos

auf den Internetseiten der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ein.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_