



## Einwilligungserklärung

Ich

Name (in Druckbuchstaben)

bin damit einverstanden, dass die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky (SUB) meine EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer) der Ärztekammer Hamburg zum Zweck der Abrechnung der Jahresgebühr für den Bibliotheksausweis übermittelt.

EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer)

Hamburg, den

---

Unterschrift