
Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

53

Geschäftszeichen – soweit bekannt

**An den
Kreis Steinfurt
Sozialamt
-Schwerbehindertenangelegenheiten-
Tecklenburger Str. 10
48565 Steinfurt**

Erklärung

Mit der dauerhaften Speicherung meines Lichtbildes zur Ausweisausstellung in Schwerbehindertenangelegenheiten bin ich einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____