

Name:  
Vorname:  
Anschrift:  
E-Mail:

Volksbunde Deutsche Kriegsgräberfürsorge e.V.  
Mecklenburg-Vorpommern  
Walther-Rathenau-Straße 2  
19055 Schwerin

### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich,

Name: \_\_\_\_\_

dass ich am Fotowettbewerb teilnehme, die Teilnehmerbedingungen zur Kenntnis genommen habe und zustimme.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte bzw. gesetzliche Vertreter