



Antragstellende Person

Anrede: _____

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Geschäftszeichen Versorgungsamt*: _____
(*soweit bekannt)

Ich bin damit einverstanden, dass die Landeshauptstadt Potsdam als Straßenverkehrsbehörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages auf Erteilung einer Parkerlaubnis für besondere Gruppen Schwerbehinderter Menschen, die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte beim Landesamt für Soziales und Versorgung Cottbus, Lipezker Str. 45 in 03048 Cottbus einholt.

Ferner stimme ich einer Übermittlung dieser Auskünfte vom Landesamt für Soziales und Versorgung Cottbus an die Straßenverkehrsbehörde zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich dieser Datenübermittlung widersprechen kann.

Datum, Unterschrift