

---

Bewerber: Name, Vorname, Geburtsdatum, (Referenznummer)

---

Gesetzlicher Vertreter: Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich habe die „Information für Piloten zur Flugmedizinischen Datenbank beim Luftfahrt-Bundesamt“ gelesen. Mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten / der personenbezogenen Daten meines Kindes in der fliegerärztlichen Untersuchungsstelle und mit der Übermittlung dieser Daten an die Flugmedizinische Datenbank des Luftfahrt-Bundesamtes bin ich

- einverstanden
  
- nicht einverstanden

---

Flensburg, am

---

Unterschrift