

An:  
Kreis Viersen  
Beihilfestelle  
Rathausmarkt 3  
41747 Viersen

## **Einverständniserklärung**

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Dienststelle \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. dienstl. \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. privat \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Mit der Ermittlung meiner Besoldungsdaten bei der für mich zuständigen Lohn- und Gehaltsstelle/Versorgungskasse sowie der Speicherung und Nutzung der Daten durch die Beihilfestelle als Grundlage für die Festsetzung der Belastungsgrenze nach § 15 der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (BVO) bin ich einverstanden. Mein Einverständnis gilt bis auf Widerruf auch für die zukünftige Ermittlung und Nutzung der erforderlichen Daten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift