Petition Teilhabeabbau durch Verschlechterung der Versorgungsmedizin Verordnung stoppen

Achtung !!! Jeder darf nur einmal unterschreiben, entweder auf der Liste oder online. Bitte unbedingt leserlich schreiben!

Hiermit erkläre ich, dass mir bewusst ist, dass meine persönlichen Daten nebst Unterschrift in dieser Liste erhoben werden. Diese Daten werden an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestag weitergegeben. Dort kann eine Erhebung, Verarbeitung und Speicherung erfolgen. Hierauf haben wir keinen Einfluss, auch nicht auf Ihren Anspruch auf Löschung.

| Name | Vorname | Straße und Hausnummer | PLZ | Wohnort | Unterschrift |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |