

Name:

Anschrift:

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Institut für Rehabilitationsmedizin

06097 Halle (Saale)

Widerruf der Einverständniserklärung

Hiermit widerrufe ich mein Einverständnis zur Studienteilnahme „**Rehab-BP**“.

Unterschrift

Ort, Datum