

## Podcast

Sendung: .....

ggf. Organisation/Institution: .....

ggf. Funktion: .....

Vor-/Nachname: .....

Straße/Hausnr.: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Geburtsdatum/-ort: .....

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner/unsere Sendung als Podcast für jeweils 7 Tage einverstanden.

Ich möchte nicht, dass meine/unsere Sendung als Podcast veröffentlicht wird.

Es ist mir bekannt, dass ich meine obige Entscheidung jederzeit widerrufen kann.

.....  
Ort/Datum/Unterschrift