



An das  
Amt der Burgenländischen Landesregierung  
Abteilung 6 – Referat Familie und Konsumentenschutz  
7000 Eisenstadt

## GUTSCHEIN – DOKUMENTENMAPPE

**Bitte senden Sie mir die Dokumentenmappe des Landes Burgenland,  
damit auch ich die vielen Vorteile dieser Mappe in Anspruch nehmen kann.**

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des(r) Kindes(r): \_\_\_\_\_

Ich bin mit der automationsunterstützten Datenverarbeitung meiner Angaben für Zwecke der Burgenländischen Dokumentenmappe einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift